

*Kansallinen projekti terveydenhuollon
tulevaisuuden turvaamiseksi*

Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta



KUVAILULEHTI

| | | | |
|---|-----------------------|---|--|
| Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö | | Julkaisun päivämäärä 31.12.2003 | |
| Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Hoidon saatavuus ja jonojenhallinta -työryhmä Puheenjohtaja, professori Mats Brommels sihteerit, neuvotteleva virkamies Riitta-Maija Jouttimäki ja ylilääkäri Kati Myllymäki | | Julkaisun laji Raportti | |
| | | Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö | |
| | | Toimielimen asettamispäivä 25.7.2002 | |
| Julkaisun nimi Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. | | | |
| Tiivistelmä Hoitoon pääsyn turvaaminen on kansalaisen näkökulmasta tärkein asia valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmän lähtökohtana on tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden turvaaminen terveyspalvelujen järjestämisessä. Periaate on korostetusti esillä perustuslaissa. Perusoikeussäännöksissä painotetaan valtion ja kuntien vastuuta riittävien terveyspalvelujen turvaamisessa. Keskustelu hoidon saatavuudesta rajoittuu usein leikkausjonojen ja jonotusaikojen tarkasteluun. Perusterveydenhuollon, psykiatrian ja konservatiivisten erikoisalojen potilaat eivät välttämättä kirjaudu jonoihin, vaikka ongelmia hoidon saatavuudessa olisikin. Palvelukatve syntyy helposti myös sosiaali- ja terveyspalvelujen raja-alueille kuten vanhusten hoivapalveluihin ja päihdehuoltoon. Työryhmä korostaa, että toimenpidejonojen purkaminen on vain yksi osa hoitoon pääsyn turvaamisesta. Kiireellinen hoito ja ennaltaehkäisevä hoito on rajattu työryhmän tarkastelun ulkopuolelle. Kiireellinen hoito kyetään järjestämään jo nyt kohtuullisesti koko maassa. Ongelmat hoidon saatavuudessa eivät johdu pelkästään riittämättömistä resursseista. Voimavarojen lisääminen ei välttämättä poista jonoja. OECD vertailun mukaan Suomessa tuotetaan terveyspalveluita runsaasti ja terveydenhuoltohenkilökunnan määrä on väestöön nähden korkea. Pitkäaikaisia ratkaisuja voidaan löytää vain tarkastelemalla hoitoprosesseja kokonaisuuksina ja arvioimalla hoidon aiheita. Työryhmä esittää seurantajärjestelmän kehittämistä ja seurantatietojen julkistamista. Työryhmä esittää lainsäädännön tarkentamista. Välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen on turvattava, samoin terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmen viikon kuluessa läheteen saapumisesta ja tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä tavallisesti enintään kolmessa, viimeistään kuudessa kuukaudessa. Sairaanhoitopiirien vastuuta hoitoon lähetettyjen potilaiden hoidon järjestämisestä esitetään selvennettäväksi. Valtakunnallisesti yhtenäisen hoidon tarpeen arviointijärjestelmän luominen on keskeinen osa työryhmän ehdotuksia. Työryhmä ehdottaa hoidon aiheita mm. harmaakaihileikkauksiin, lonkan ja polven tekonivelleikkauksiin, sappirakon poistoleikkauksiin ja eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoitoon. Lisäksi työryhmä ottaa kantaa hoidon saatavuuden parantamiseen perusterveydenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa. Sairaanhoitopiirien edellytetään jatkavan hoidon aiheiden asettamistyötä. Toteutuessaan työryhmän ehdotukset muuttavat suomalaisen terveydenhuollon toimintatapoja perusteellisesti. Toimintamuutokset ovat välttämättömiä, jotta voidaan kohtuullisesti vastata lisääntyvään terveyspalvelutarpeeseen. | | | |
| Avainsanat: (asiasanat) hoito, priorisoiminen, terveydenhuolto, terveyspalvelut | | | |
| Muut tiedot www.stm.fi | | | |
| Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:33 | | | |
| Kokonaissivumäärä 193 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1442-X (mon.) 952-00-1443-8 (pain.) |
| Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere puh. (03) 260 8158 ja (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, sähköposti: julkaisumyvnti@stm.fi | Kieli suomi | Hinta 17,50 € | Luottamuksellisuus julkinen |

PRESENTATIONSBLAD

| | | | |
|--|------------------------|--|--|
| Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet | | Utgivningsdatum 31.12.2003 | |
| Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Tillgång på vård och köbildningskontroll -arbetsgruppen Ordförande, professor Mats Brommels Sekreterare, konsultativ tjänsteman Riitta-Maija Jouttimäki och överläkare Kati Myllymäki | | Typ av publikation Rapport | |
| | | Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet | |
| | | Datum för tillsättandet av organet 25.7.2002 | |
| Publikation Det nationella projekt för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden. Tillgång på vård och köbildningskontroll. | | | |
| Referat Det viktigaste i statsrådets principbeslut om tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden, är ur medborgarens synvinkel att säkra att man får vård. Utgångspunkten för arbetsgruppen är att säkra jämlikheten och rättvisheten när man ordnar hälsovårdsservicen. I grundlagen betonas denna princip. I grundrättighetsstadgandena poängteras statens och kommunernas ansvar att säkra tillräcklig hälsovårdsservice. Diskussionen om tillgången på vård inskränker sig ofta till att granska operationsköerna och kötiderna. Patienterna inom grundsjukvård, psykiatri och konservativa specialområden registreras inte nödvändigtvis i köerna fastän det skulle finnas problem med att få tillgång på vård. Skuggområden i servicen uppstår också lätt på social- och hälsovårdens gränsområden, t.ex. i äldreomsorgstjänsterna samt i alkohol- och narkomanvården. Arbetsgruppen betonar att upplösandet av åtgärdsköerna endast är en del av arbetet att säkra att man får vård. Brådskande vård och preventiv vård ligger utanför gränserna för arbetsgruppens granskning. Brådskande vård kan redan nu arrangeras i rimlig grad i hela landet. Problemen i tillgången på vård beror inte enbart på otillräckliga resurser. Man eliminerar inte nödvändigtvis köerna genom att öka resurserna. Enligt en jämförelse som OECD gjort, produceras rikligt med vårdservice i Finland och mängden sjukvårdspersonal är stor i proportion till befolkningens mängd. Långsiktiga lösningar kan man finna endast genom att granska vårdprocesserna som helheter och genom att bedöma motiven för vård. Arbetsgruppen föreslår utvecklande av uppföljningssystemet och offentliggörande av uppföljningsinformationen. Arbetsgruppen föreslår precisering av lagstiftningen. Man måste säkra att man omedelbart får kontakt med hälsostationen, likaså att vårdbehovet bedöms av en yrkesperson senast den tredje vardagen efter att man tagit kontakt. Inom specialistsjukvården måste samkommunen göra en bedömning på vårdbehovet till sjukvårdsdistriktet senast inom tre veckor efter att remissen inkommit och den vård som man konstaterat att krävs, måste arrangeras vanligen inom tre, men senast inom sex månader. Arbetsgruppen föreslår att sjukvårdsdistriktens ansvar för att arrangera vård för de patienter som fått remiss till vård, klargörs. Skapandet av ett landsomfattande enhetligt bedömningssystem på vårdbehovet är en central del av arbetsgruppens förslag. Arbetsgruppen föreslår motiv för vård bl.a. för gråstarrsoperationer, konstgjorda höft- och knäledsoperationer, bortoperering av gallblåsan samt vård av godartad prostatahypertrofi. Dessutom tar arbetsgruppen ställning till förbättrande av tillgången på vård inom grundsjukvården och mentalsjukvården. Man förutsätter att sjukvårdsdistriktet fortsätter med arbetet att tillsätta motiven för vård. Om arbetsgruppens förslag förverkligas, förändrar de grundligt metoderna inom den finländska sjukvården. Verksamhetsändringarna är nödvändiga för att man rimligen skall kunna svara på det ökande behovet på sjukvårdstjänster. | | | |
| Nyckelord hälsovård, hälsovårdstjänster, prioritering, vård | | | |
| Övriga uppgifter www.stm.fi | | | |
| Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:33 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1442-X (dupl.) 952-00-1443-8 (tryckt) |
| Sidoantal 193 | Språk Finska | Pris 17,50 € | Sekretessgrad Offentlig |
| Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors tfn (03) 260 8158 och (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, e-post: julkaisumyynti@stm.fi | | Förlag Social- och hälsovårdsministeriet | |

DOCUMENTATION PAGE

| | | | |
|---|----------------------------|---|---|
| Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland | | Date 31 December 2003 | |
| Authors The working group on access to care and waiting list management Chairperson, Professor Mats Brommels Secretaries, Ministerial Adviser Riitta-Maija Jouttimäki and Senior Medical Officer Kati Myllymäki | | Type of publication Report | |
| | | Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health | |
| | | Date of appointing the organ 25 July 2002 | |
| Title of publication National project to secure the future of health care. Access to health care and waiting list management. | | | |
| Summary From the public's point of view, access to care is by far the most important aspect of the Decision in Principle by the Council of State on Securing the Future of Health Care. The fundamental principle followed by the working group has been the need to ensure equality and justice in the provision of health care services. This principle is also highlighted in the Finnish Constitution. The provisions on fundamental rights emphasize that central and local government (municipalities) are responsible for ensuring that there are adequate health care services. Discussion about access to care is often limited to examining waiting lists for operations and waiting times. Patients requiring primary health care, psychiatric care and treatment in conservative special fields are not necessarily entered on waiting lists, however, even if there are problems with access to care. Concealed problems may also exist in certain areas of social welfare and health care services, for instance care for the elderly or services for intoxicant abusers. The working group wishes to emphasize that the elimination of waiting lists for procedures is only one way of ensuring access to care. Emergency treatment and preventive care have been excluded from the remit of the working group. Emergency treatment is already at a reasonable level throughout the country. Problems with access to care are not caused exclusively by shortages in resources. That is to say, increased resources may not eliminate waiting lists. According to an OECD comparison, Finland produces plenty of health care services and staff numbers in the sector are high in proportion to the population size. Long-term solutions can only be found by scrutinizing health care processes in their entirety and by evaluating treatment criteria. The working group proposes that a monitoring system should be developed and that monitoring information should be made public. The working group proposes that more detailed legislation be prepared. Patients must be assured of immediate contact with a health care centre, and their need for care must be assessed by a health care professional within a maximum of three weekdays of their contacting the health centre. In specialized medical care, the joint municipal board of a hospital district must assess the need for care within a maximum of three weeks of receiving a referral, and any medical care found to be necessary must be provided within three months, or at the very latest, six months. It is proposed that the responsibility of hospital districts for providing care for patients referred to them should be made clearer. The creation of a standardized nationwide system for assessing health care needs features prominently in the working group's proposals. The working group proposes the introduction of treatment criteria for procedures such as cataract operations, hip and knee replacement operations, and operations to remove the gallbladder and benign prostatic hyperplasia. The working group also deals with improving access to care in primary health care and mental health services. The hospital districts are expected to continue to introduce treatment criteria. If they are implemented, the proposals of the working group will fundamentally change the way that Finnish health care services operate. Changes in operating methods are vital in order to respond to a growing need for health care services. | | | |
| Key words health care, health services, prioritizing | | | |
| Other information www.stm.fi | | | |
| Title and number of series Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2003:33 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1442-X (dupl.) 952-00-1443-8 (printed) |
| Number of pages 193 | Language Finnish | Price 17.50€ | Publicity Public |
| Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health, Publications Sale, P.O.Box 535, FIN-33101 Tampere, Finland, tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8535, fax +358 3 260 8150, e-mail: julkaisumyynti@stm.fi | | Financier Ministry of Social Affairs and Health | |

Sisällys

| | |
|---|-----|
| Sosiaali- ja terveysministeriölle | 11 |
| 1 Teoria ja tausta | 15 |
| 1.1 Teoria ja tausta | 16 |
| 1.2 Eettinen arvopohja | 23 |
| 2 Nykytila | 25 |
| 2.1 Johdanto | 26 |
| 2.2 Hoidon saatavuus perusterveydenhuollossa | 27 |
| 2.3 Hoidon saatavuus suun terveydenhuollossa | 31 |
| 2.4 Hoidon saatavuus somaattisessa erikoissairaanhoidossa | 38 |
| 2.5 Mielenterveyspalveluiden saatavuus | 46 |
| 2.6 Lainsäädännön nykytila | 55 |
| 3 Hoidon saatavuuden turvaaminen toimintaprosesseja muuttamalla | 61 |
| 3.1 Hoitoon pääsyn turvaaminen perusterveydenhuollossa | 62 |
| 3.2 Hoitoon pääsy ja sosiaali- ja terveydenhuollon saumakohdissa | 71 |
| 3.3 Suun terveydenhuolto | 76 |
| 3.4 Mielenterveyspalvelut | 81 |
| 3.5 Hoitoonpääsyn turvaaminen erikoisalalan kokonaisuus huomioiden – esimerkkinä silmätaudit | 85 |
| 4 Hoidon saatavuuden turvaaminen hoidon aiheita yhtenäistämällä | 89 |
| 4.1 Johdanto | 90 |
| 4.2 Tekonivelet | 91 |
| 4.3 Kuulon apuvälineet | 94 |
| 4.4 Sepelvaltimotautikohtauksen hoito | 100 |
| 4.5 Suonikohjujen poistosta pintalaskimoiden virtaushäiriön korjaamiseen .. | 104 |
| 5 Kannanotot | 107 |
| 5.1 Kannanotto jononpurkuprojekteihin | 108 |
| 5.2 Kannanotto yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta ostettuihin hoitoihin | 110 |
| 5.3 Kannanotto hoitotakuujärjestelmiin | 112 |
| 6 Työryhmän ehdotukset | 117 |
| 6.1 Hoitoon pääsyä koskevat yleiset periaatteet | 118 |
| 6.2 Hoidon tarpeen arviointijärjestelmä | 121 |
| 6.3 Jononhallinnan periaatteet | 126 |
| 6.4 Säädosmuutokset | 129 |
| 7 Kiitokset | 151 |
| 8 Liitteet | 153 |

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Peruspalveluministeri asetti heinäkuun 27 päivänä 2002 työryhmän valmistelemaan hoitoon pääsyn ja jononhallinnan toteuttamisohjeita. Työn tavoitteena on turvata jokaiselle hänen terveydentilansa edellyttämät ja riittävät terveyspalvelut kohtuullisessa ajassa

asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Tasapuolisen hoitoon pääsyn turvaaminen edellyttää, että käytössä on valtakunnallisesti hyväksytyt hoitoon pääsyn perusteet.

Työryhmän tehtävänä oli laatia ehdotukset

- 1) hoitoon pääsyä koskevista yleisistä periaatteista
- 2) hoidon tarpeen arviointijärjestelmän perusteista
- 3) jononhallinnan periaatteista sekä
- 4) tarvittavista säädösmuutoksista.

Valmistelun tuli perustua seuraaviin lähtökohtiin:

- 1) pääsy terveydentilan ensiarvioon mahdollistuu kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta
- 2) pääsy erikoissairaanhoidon polikliniseen arvioon mahdollistuu kolmen viikon kuluessa lähettämisestä
- 3) pääsy lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon turvataan kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa.

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut professori Mats Brommels Helsingin yliopistosta. Jäseninä ovat olleet lääkintöneuvos Päivi Hämäläinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylilääkäri Päivi Kaukonen Tampereen yliopistollisesta sairaalasta, johtava ylihoitaja Sirkka Kukkola Riihimäen terveyskeskuksesta, ylilääkäri Mikko Nenonen Reumasäätiön sairaalasta, hallitusneuvos Marja-Liisa Partanen sosiaali- ja terveysministeriöstä, johtava ylilääkäri Seppo Seitsalo sairaala Ortonista, johtava ylilääkäri Markku Sirviö Vaasan terveyskeskuksesta, hallintoylilääkäri Martti Talja Suomen Kuntaliitosta, johtava ylihoitaja Arja Tuokko Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiistä, ylilääkäri Antti Turunen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiristä ja professori Anja Tuulonen Oulun yliopistosta. Työryhmän vakituisina asiantuntijoina ovat olleet neuvotteleva virkamies Jouko Isolauri sosiaali- ja terveysministeriöstä, vastaava tutkija Maija Sakslin, Kansaneläkelaitoksesta ja kehittämispäällikkö Olli Nylander Stakesista. Työryhmän sihteerinä ovat toimineet ylilääkäri Kati Myllymäki ja neuvotteleva virkamies Riitta-Maija Jouttimäki, molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä on ottanut nimekseen Hoidon saatavuus ja jonojenhallinta – työryhmä. Työryhmä on kutsunut vakinaiseksi asiantuntijaksi kehittämispäällikkö Anne Nordbladin sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä on kuullut asiantuntijoina kehittämispäällikkö Miika Linnaa Stakesista, projektipäällikkö Hannu Rintasta Stakesista, tutkija Alison McCallumia Helsingin yliopistosta, dosentti Aarno Lehtolaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, ylilääkäri Ulla Kerästä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, professori Kaarlo Tuoria Helsingin yliopistosta, hallintoneuvos Marita Liljeströmiä korkeimmasta hallinto-oikeudesta, hallitussihteeri Mervi Kattelusta sosiaali- ja terveysministeriöstä, tutkija Tuuli Heinosta Kansaneläkelaitoksesta ja erityisasiantuntija Jukka Männistöä sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä on kokoontunut 12 kertaa. Lisäksi työryhmä on järjestänyt 4 seminaaria sekä potilas- ja kansalaisjärjestöjen kuulemistilaisuuden. Työryhmä on järjestänyt myös 2 keskustelutilaisuutta keskeisimpien erikoislääkäriyhdistysten ja muiden ammatillisten järjestöjen kanssa.

Työryhmä jättää sosiaali- ja terveysministeriölle kunnioittavasti toimeksiantonsa mukaisen työryhmämuistion.

Helsingissä 5. päivänä tammikuuta 2004



Mats Brommels
Puheenjohtaja



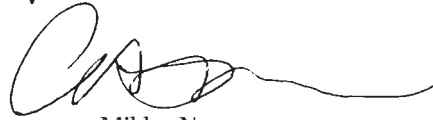
Päivi Hämäläinen



Päivi Kaukonen



Sirkka Kukkola



Mikko Nenonen



Marja-Liisa Partanen



Seppo Seitsalo



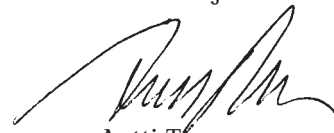
Markku Sirviö



Martti Talja



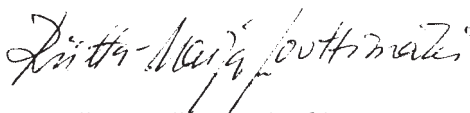
Arja Tuokko



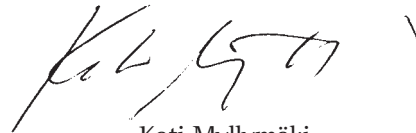
Antti Tūrunen



Anja Tuulonen



Riitta-Maija Jouttimäki
Sihteeri



Kati Myllymäki
Sihteeri

1 Teoria ja tausta

1.1 Teoria ja tausta

1.2 Eettinen arvopohja

1.1 Teoria ja tausta

| | | |
|-------|--|----|
| 1.1.1 | Käsitteistä | 16 |
| 1.1.2 | Hoitoon pääsy kansalaisten perusoikeuksien näkökulmasta ... | 17 |
| 1.1.3 | Hoitoon pääsyn tuotantotaloudellinen tarkastelu | 17 |
| 1.1.4 | Voimavarat, palvelukapasiteetti ja hoitoon pääsyn viiveet | 19 |
| 1.1.5 | Järjestelmän näkökulma | 19 |
| 1.1.6 | Tietämyksen jatkuvan kehittymisen näkökulma | 20 |
| 1.1.7 | Hoitoon pääsyä koskeva päätöksenteko ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaistaminen | 20 |
| 1.1.8 | Hoitojärjestelmän kehittäminen | 21 |
| 1.1.9 | Hoitoon pääsyn seuranta | 21 |

1.1.1 Käsitteistä

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi toteaa, että hoitoon pääsyn perusteissa olevien erojen vähentämiseksi laaditaan valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeet.

Ohjeiden avulla pyritään varmistamaan, että Suomessa asuville turvataan terveydentilan edellyttämät ja riittävät palvelut kohtuujassa asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Edellytyksenä on, että voidaan valtakunnallisesti sopia hoitoon pääsyn perusteista.

Valtioneuvoston periaatepäätös tarkentaa hoitoon pääsyä koskevat vaatimukset seuraavasti:

- *Pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvioon* (kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta)
- *Pääsy erikoissairaanhoidon polikliniseen hoidon arvioon* (kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta)
- *Pääsy lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon* (kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti enintään kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa)

Hoitoon pääsy on siten ensinnäkin määritelty erikseen terveydenhuoltojärjestelmän eri *porrastustasoille*, ja toiseksi sen todetaan koskevan *lääketieteellistä* (terveydenhuollon ammattihenkilön suorittamaa) *hoidon (tarpeen) arviointia* sekä *lääketieteellisesti perusteltua hoitoa*.

Hoitoon pääsyä tai hoidon saatavuutta ilmaistaan kansainvälisessä kirjallisuudessa englanninkielisillä termillä "access (to care)" tai "accessibility". Ensin mainittu viittaa suoraan yksittäisen potilaan hoitoon pääsyn toteutumiseen. Jälkimmäinen termi tarkoittaa hoitojärjestelmän tai -laitoksen kykyä varmistaa yksittäisten potilaiden hoitoon pääsy.

Kirjallisuus käsittelee hoitoon pääsyä voittopuolisesti tasa-arvon näkökulmasta. Tutkitaan, missä määrin terveydenhuoltojärjestelmä, terveystalvveluja rahoittava vakuutusjärjestelmä tai terveystalvveluja tuottava organisaatio takaa hoitoon pääsyn yhtäläisin perustein kansalaisten tai vakuutettujen asuinpaikasta, väestöryhmästä tai sen sosioekonomisesta taustasta riippumatta. Usein päähuomio on suunnattu järjestelmän kykyyn tarjota kaikille asianosaisille kattavaa hoitoon pääsyä tai huolehtia epäedullisessa asemassa tai eniten palvelujen tarpeessa olevien ryhmien hoitoon pääsystä.

Valtioneuvoston periaatepäätös kirjaa selkeän hoitoon pääsyyn liittyvän tasa-arvo-vaatimuksen. Tarpeen mukaiseen hoitoon pääsy on sisällytetty perustuslain kansalaisten perusoikeuksia koskeviin määräyksiin.

Hoitoon pääsyä käsittelevä kansainvälinen kirjallisuus käsittelee pääasiassa terveydenhuoltojärjestelmän kattavuutta ja rahoitustapoja. Kattavuudessa keskeisintä on, onko koko kohdeväestö järjestelmän (esimerkiksi vakuutusturvan) piirissä, vai jääkö väestöryhmiä järjestelmän tai vakuutusturvan ulkopuolelle. Rahoitusjärjestelmien tutkimuksessa selvitetään järjestelmän rahoitusmuotojen (esimerkiksi vero- tai vakuutusmaksuperusteinen), potilasmaksujen osuuden ja muotojen sekä mahdollisten vakuutusettujen tai tarjottujen hoitopalvelujen rajoittamisen vaikutuksia. Erityisen mielenkiinnon kohteena on missä määrin kansalaisten tai vakuutettujen maksettaviksi jäävät erät vaikuttavat heidän mahdollisuuksiinsa hakeutua ja päästä hoitoon.

Vaikka suomalainen tutkimus on osoittanut, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmään liittyy eräitä sosioekonomista tasa-arvoa vääristäviä rakenteita, järjestelmä kattaa kuitenkin kaikki Suomessa asuvat, eikä se sulje mitään kansalaisryhmää järjestelmän ulkopuolelle. Tämän vuoksi työryhmä tarkastelee hoitoon pääsyä vain siitä näkökulmasta, miten julkinen terveydenhuoltojärjestelmä ja terveystalvveluja tuottavat organisaatiot voivat vastaanottaa yksittäisiä kansalaisia hoidon tarpeen lääketieteelliseen arviointiin silloin, kun heidän terveydentilansa sitä edellyttää.

Tarkastelu jakautuu kahtia: Ensiksikin julkista terveydenhuoltojärjestelmää sitoo perustuslakiin sisällytetty *kansalaisten perusoikeuksiin* kuuluva oikeus tarpeenmukaiseen sosiaali- ja terveystalvveluun. Se määrittelee terveystalvvelujen järjestämisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudet siihen liittyvine hallinto-oikeudellisine menettelytapoineen.

Toiseksi terveystalvveluja tuottavien organisaatioiden toiminta hoitoon pääsyn turvaamiseksi on *tuotantotaloudellinen* haaste. Hoitoon pääsyä on varsin vähän tutkittu tuotantotaloudellisesta viitekehyksestä, joskin ennakolta suunnitellun hoidon jonoja on analysoitu jonoteoreettisin käsittein ja menetelmin sekä sovellettu niihin simulointimenetelmiä. Nämä tutkimukset tai kokeilut ovat kuitenkin jääneet vailla laajempaa sovellusta eivätkä ne juuri ole johtaneet uusien toimintatapojen syntyyn.

1.1.2 Hoitoon pääsy kansalaisten perusoikeuksien näkökulmasta

Hoitoon pääsyä perusoikeuksien näkökulmasta työryhmä tarkastelee luvussa 2.6.1.

1.1.3 Hoitoon pääsyn tuotantotaloudellinen tarkastelu

Viime vuosina Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa on sovellettu tuotantotaloudellista lähestymistapaa hoitoon pääsyn tehostamiseksi perusterveydenhuollossa sekä erikoissai-

raanhoidon päivystystoiminnassa. Nämä kokeilut ovat syntyneet sellaisissa terveydenhuolto-organisaatioissa, jotka ovat käyttäneet prosessiteollisuudesta tuotuja laadun parantamisen menetelmiä. Nämä menetelmät johdattelivat toiminnan analysointiin prosesseina (asteittain etenevinä toimintavaiheina) sekä tilastollisten menetelmien käyttöön toiminnassa esiintyvän vaihtelun ja sen syiden ymmärtämiseksi. Prosessitarkastelu suuntasi tutkijoiden huomion ennen kaikkea viiveisiin prosessien eri vaiheissa, ja käynnisti viiveiden (myös hoitoon pääsyn viiveiden) poistamiseen tähtääviä kehittämishankkeita.

Viimeaikoina julkaistut tutkimukset toteavat, että toisin kuin yleisesti uskotaan, viiveet, jonotus ja vaikeutunut hoitoon pääsy harvoin johtuvat voimavarojen riittämättömyydestä. Ongelmat johtuvat kysynnän ja tarjonnan epäsuhdasta, joka koskee yksittäistä voimavaratekijää tietyssä ajankohtana (esimerkiksi yksittäisen lääkärin paikallao-olo tietyssä päivänä terveyskeskuksessa). Tutkijat voivat toistuvasti empiirisesti osoittaa, että kysyntä ja tarjonta yleensä on tasapainossa. Se ilmenee esimerkiksi siten, että jonotusaika vakiintuu pysyvästi tietynmittaiseksi (esimerkiksi kahdeksi kuukaudeksi) (Murray ja Tantau 1999, Murray ja Berwick 2003, Murray ym. 2003).

Lukuisat käytännön esimerkit Yhdysvalloista, Iso-Britanniasta ja nyttemmin myös Ruotsista osoittavat, että hoitoon pääsyä voidaan parantaa (odotusaikoja lyhentää tai poistaa) soveltamalla tuotantotalouden ja jonoteorian mukaisia malleja (Murray ym. 2003, National Primary Care Development Team 2003, Strindhall ym. 2003). Esimerkkejä ovat mm. perusterveydenhuollon "advanced access"-mallit ja Englannin kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän (NHS) IDEA -projekti, jonka kehittämä malli nyt otetaan käyttöön NHS:n kaikkien sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla (Walley 2003). Nämä käytännön kokemukset vastaavat jonoteoriasta johdettavaa selitystä sille, että jonoja voi syntyä vaikka tarjonta vastaisikin kysyntää. Epäsuhta syntyy kysynnän vaihteluista ja tilanteesta, jossa kysyntä tietyssä hetkenä ylittää tarjonnan aiheuttaen viivettä ja hoitamattomien potilaiden "kasaantumista" hoitojonoon.

Palveluyritykset ovat lisääntyvässä määrin ryhtyneet soveltamaan tuotantotaloudellisia menetelmiä kuten "just-in-time" eli oikeahetkistä tuotantoa, "lean thinking" (prosessiajattelu) ja "demand-pull", jossa prosessin kaikki vaiheet sovitetaan hitaimman vaiheen nopeuteen. Nämä ovat vaihtoehtoja "batch-" eli yksi kerralla -tuotantoon, mikä edelleen on terveydenhuollon tavallisin toimintatapa. Nämä uudet mallit sovelletaan tyypillisesti niin, että ne ovat osa toiminnan tuloksellisuutta ja laatua korostavaa kehittämistyötä, joka myös tukeutuu työntekijöiden osallistumiseen ja valtuuttamiseen sekä eri ammattilaisten tiimityöhön.

Englantilaiset päivystyspoliklinikoilta saadut kokemukset osoittavat, että prosessiteollisuuden nykyaikaista tapaa järjestää tuotanto "soluissa" ("cellular operations") soveltuu myös terveydenhuoltoon. Solut ovat pieniä, itsenäisiä "tehtaita tehtaan sisällä", jotka toimivat joustavasti ja joille sallitaan myös sellaisten tukitoimintojen muodostaminen, jotka yleensä tuotetaan keskitetysti suurtuotannon etujen saavuttamiseksi. Päivystyspoliklinikoilla toiminta tehostui, mikäli se jaettiin "soluihin" samankaltaisten hoitoprosessin vaiheiden eikä diagnoosin tai oireiden mukaan (esimerkki: vain ohjeita tarvitsevat potilaat, yksinkertaista hoitotoimenpidettä tarvitsevat potilaat, tutkimuksia tarvitsevat potilaat, jatkuvaa valvontaa vaativat potilaat ja suuria toimenpiteitä vaativat potilaat). Huomattiin myös että poliklinikat luopuivat kiireellisyysluokitusten käytöstä ja potilaiden asettamista kiireellisyysjärjestykseen ensiarvion perusteella ("triage"). – Tutkijat toteavat, että havainnot vaikuttavat "konstraintiituisilta" ja että siirtyminen uusiin toimintatapoihin edellyttää määrätietoista asenteiden muokkausta ja ennen kaikkea käytännön kehittämistyötä, jossa mallien hyödyllisyys voidaan todentaa.

1.1.4 Voimavarat, palvelukapasiteetti ja hoitoon pääsyn viiveet

Voimavarojen riittävyyden arviointi suhteessa tarpeeseen on ongelmallista kansallisten ja paikallisten käytäntöjen ja toimintakulttuurien vaihdellessa. Sen vuoksi on tyydyttävä yleisluontoiseen arviointiin suorittamalla kansainvälisiä vertailuja, ennen kaikkea tarkastellen henkilöstövoimavaroja ja hoitotoimenpiteiden lukumääriä väestöön suhteutettuna. Kansainvälisten tilastojen tarkempi analysointi, joka esitetään luvussa 2.4, osoittaa, että Suomessa on enemmän lääkäri- ja sairaanhoitajatyövoimaa asukasta kohti kuin OECD-maissa keskimäärin ja että Suomessa tehdään suhteellisesti ottaen runsaasti hoitotoimenpiteitä. Työryhmä arvioi palvelukapasiteettia avainvoimavarojen ja suoritettujen hoitotoimenpiteiden suhteellisina määrinä.

Kansainväliset kokemukset osoittavat myös, että hoitojonot eivät korreloi (negatiivisesti) hoidon tarjontaan. Pikemmin näyttäisi siltä että yhteys on positiivinen, so. jonot kasvavat kun tarjontaa lisätään. Jonotuksen ja tarjonnan välillä vallitsee dynaaminen suhde, johon vaikuttavat myös lukuisat ulkopuoliset tekijät. Työryhmä tarkastelee hoitojonoja vertaamalla jonotusaikoja suoritettujen toimenpiteiden lukumäärään, eikä suosittele jonon mitaksi jonottavien lukumäärää.

1.1.5 Järjestelmänäkökulma

Työryhmä korostaa, että hoitoon pääsyä on tarkasteltava kokonaisuutena. Yksittäisten potilasryhmien tai hoitotoimintojen irrallinen käsittely johtaa helposti siihen, ettei mahdollisia heijastusvaikutuksia muihin toimintoihin havaita eikä oteta huomioon. On muistettava, että ennakolta suunniteltuihin toimenpiteisiin keskittyvä hoito kattaa vain noin 20 % erikoissairaanhoidon toiminnasta, ja että perusterveydenhuoltoa luonnehtivat pitkäaikaiset hoitosuhteet, joiden kohdalla hoidon jatkuvuus on tärkeämpi kuin yksittäinen käynti ja siihen liittyvä mahdollinen viive. Hoitoon pääsyä turvaavat periaatteet on laadittava niin, että ne soveltuvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin.

Terveyspalvelujärjestelmä muodostuu lukuisista ”osajärjestelmistä” ja toimijoista, joiden tavoitteet ja intressit eivät välttämättä ole yhdensuuntaisia. Monimutkaisuutta lisää suuri joukko terveyspalvelujen tuottajia, jotka ovat sekä julkisia (kuntien ja kuntayhtymien ylläpitämiä) että yksityisiä. Terveyspalvelujen rahoitus on monikanavainen – potilasmaksut muodostuvat koko ajan tärkeämmäksi terveyspalvelujen tuottajien tuloksi kunnallisverotulon ja valtionosuuksien rinnalla. Kansaneläkelaitos, sairauskassat, yksityiset sairausvakuutukset, lakisääteiset tapaturmavakuutukset ja työnantajat ovat myös merkittäviä terveyspalvelujen rahoittajia. Terveyspalvelujen tuottajat käyttävät erilaisia palkkaus- ja palkitsemisjärjestelmiä, ja julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt saattavat vapaa-ajallaan harjoittaa ammattiaan yksityisesti tai olla yksityisen toimintayksikön palveluksessa. Sekä organisaatioiden että yksilöiden kannustimet saattavat tässä monimutkaisessa järjestelmässä olla keskenään ristiriidassa ja vinouttaa virallisten terveystoimittajien tavoitteiden toteutumista.

Säädöksiä ja muita sääntöjä laadittaessa ja kehittämistoimenpiteitä suunniteltaessa on otettava huomioon paitsi kokonaisuus myös järjestelmän monimutkaisuus ja sen sisällä olevat ristiriitaiset voimakentät. Muutoin suunniteltujen toimenpiteiden ”sivuvaikutukset” voivat helposti muodostua tavoiteltuja vaikutuksia merkittävämmiksi.

1.1.6 Tietämyksen jatkuvan kehittymisen näkökulma

Hoitoon pääsyä koskevaa päätöksentekoa ohjaava lääketieteellinen tietämys ja teknologia muuttuvat koko ajan. Ammattihenkilöiden tekemiä päätöksiä ohjaavien suositusten on ilmaistava kunakin ajankohtana kansainvälisen tiedeyhteisön käsityksiä käyvästä hoidosta. Työryhmä on sen vuoksi keskittynyt pohtimaan minkälaisella järjestelmällä voidaan turvata, että hoitokäytäntöjä koskevia suosituksia pidetään alati ajankohtaisina.

1.1.7 Hoitoon pääsyä koskeva päätöksenteko ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaistaminen

Nykyisen lainsäädännön mukaan perusterveydenhuollossa potilaan hoitoon ottamisesta ja muuhun hoitopaikkaan lähettämisestä päättää terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai hänen valtuuttamansa lääkäri. Vastaavasti erikoissairaanhoidossa potilaan hoitoon ottamisesta päättää erikoisalan ylilääkäri sairaalan johtavan lääkärin ohjeiden perusteella.

Vastaavan lääkärin tai ylilääkärin valtuuttamina ja ohjeistamina lääkärit ja hammaslääkärit ottavat potilaat hoitoon tai lähettävät toisiin hoitopaikkoihin. Päätökset tehdään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain säännösten perusteella. Lain mukaan vain lääkäri ja hammaslääkäri voivat tehdä taudinmäärittelyn ja päättää sen mukaisesta hoidosta. Kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt toimivat koulutuksensa mukaisesti kantaen yksilöllistä ammatillista vastuuta. Heidän tulee ammattitoiminnassaan noudattaa lain määrittelemiä ammattieettisiä velvollisuuksia. Ammattihenkilöiden on ammattitoiminnassaan sovellettava *yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja* koulutuksensa mukaisesti, jota heidän on pyrittävä jatkuvasti täydentämään.

Ammattihenkilöiden edellytetään yksittäisten potilaiden kohdalla noudattavan yleisesti hyväksyttyä hoitokäytäntöä ja toimivan potilaan etujen mukaisesti. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan ammattihenkilö tekee päätöksensä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

Viimeisten vuosikymmenten aikana on tutkimuksin todettu, että hoitokäytännöissä on suuria eroja niin ammattihenkilöiden kesken kuin organisaatioiden ja toiminta-alueiden välillä. Näiden vaihteluiden vähentämiseksi ja sen seikan varmistamiseksi, että hoitopäätökset tehtäisiin mahdollisimman tarkasti noudattaen ns. tieteellistä näyttöä, on laadittu tauti- ja toimenpidekohtaisia niin kansainvälisiä kuin kansallisiakin suosituksia. Suomessa kansallisia hoitosuosituksia laatii Käypä hoito -organisaatio yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa.

Hoitosuositusten vaikutuksia ammattihenkilöiden toimintakäytäntöihin on viime aikoina tutkittu runsaasti. On osoitettu, että hoitosuositusten jakaminen ammattihenkilöille ja tavanomainen koulutus eivät juurikaan johda toimintakäytäntömuutoksiin. Tehokkaimmat tavat ovat seurantatietojen jakaminen, konkreettisten potilastapausten esittely ja pohdinta sekä automaattiset ”varoitukset” (esim. koskien lääkkeiden yhteisvaikutusta) ja muistutukset (esim. kontrollitutkimuksen suorittamiseksi). Omaa toimintaa tarkastellessaan ammattihenkilö on vastaanottavainen sekä informaatiolle että asiantuntijan neuvoille (Grol ja Grimshaw 2003).

1.1.8 Hoitojärjestelmän kehittäminen

Aiemmin on korostettu sekä järjestelmänäkökulman tärkeyttä että kiinnitetty huomiota siihen, että hoitoon pääsystä päättävät yksittäiset ammattihenkilöt hoitokäytäntöjen vaihdellessa välillä suurestikin. Eräs keskeinen johtopäätös on, että hoitoon pääsyn turvaaminen valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti vaatii tarkennettujen säädösten lisäksi pitkäjänteistä ja terveyspalvelujen tuottajaorganisaatioiden järjestelmällistä kehittämistyötä. Kohdassa 1.1.3 on esitetty, miten hoitoon pääsyn nopeuttaminen ja viiveiden vähentäminen on ollut keskeinen osa laadunhallintatyötä ja toiminnan jatkuvaa parantamista. Siinä myös viitattiin niihin kokemuksiin, joita on eräissä maissa hankittu soveltamalla teollisuustuotannossa, mutta myös palveluyrityksissä, kokeiltuja tuotantotalouden malleja ja menetelmiä.

Terveydenhuollon laadunhallintatyössä on saatu hyviä tuloksia käyttämällä ”oppivia yhteistyöverkostoja” (”learning collaboratives”), joiden osallistujaorganisaatiot keskittyvät samoihin kehittämiskohteisiin, soveltavat yhteisiä menettelytapoja ja jakavat kokemuksia keskenään. Näistä hankkeista on käytetty nimitystä ”Läpimurtohankkeet”, jolla korostetaan, että pyritään merkittäviin toimintakäytäntöjen muutoksiin ja kunnianhimoisiin tavoitteisiin (Institute for Healthcare Improvement 2003).

Työryhmä pitää tärkeänä että valtioneuvoston periaatepäätöksen soveltamisessa ei tyydytä pelkästään syntyvien uusien säädösten kirjaimelliseen noudattamiseen. Tavoitteeksi tulisi ottaa hoitoon pääsyn jatkuva parantaminen sekä organisaatioiden ja toimintaprosessien pitkäjänteinen ja järjestelmällinen kehittäminen. Kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi tarkoitetun hankkeen ns. hankerahoitusta jaettaessa tulisi myös kannustaa terveyskeskuksia ja sairaanhoitopiirejä käynnistämään hoitoon pääsyä tehostavia kehittämisprojekteja.

1.1.9 Hoitoon pääsyn seuranta

Laadunhallinnassa ja myös tuloksellisuutta ja tehokkuutta tavoittelevassa kehittämistyössä on lisääntyvässä määrin korostettu organisaatioiden välisiä määrällisten tavoitteiden toteutumisen vertailuja ja mahdollisuuksia oppia muiden kokemuksista (”benchmarking”). Työryhmä sisällyttää jononhallintaa koskevaan ehdotukseensa myös kansallisen hoitoon pääsyn seurantajärjestelmän. Järjestelmään veloitetaan kaikki julkisella rahoituksella toimivat terveydenhuollon toimintayksiköt ilmoittamaan määrämuktoiset tiedot hoitoon pääsystä, hoitojonoista ja jonotusajoista sekä toteutetuista hoidoista. Näiden tietojen tulee olla julkisia.

Kirjallisuus

- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- Institute for Healthcare Improvement. Collaboratives. www.ihi.org/collaboratives/
- Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. *Managed Care Q* 199;7;49-59.
- Murray M, Berwick DM. Advanced access. Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003;289:1035-40.
- Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care. Case studies of advanced access model. *JAMA* 2003;289:1042-6.

National Primary Care Development Team. www.npdt.org

Strindhall M, Pettersson A, Andreasson S, Henriks G. När tiden räcker till. En handbok i tillgänglighet. Kulturum. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län, 2003.

Walley P. Designing the accident and emergency system: lessons from manufacturing. Emerg med J 2003;20:126-30.

1.2 Eettinen arvopohja

Terveysthuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Terveysthuollon toimintaa sääntelevät paitsi kotimainen lainsäädäntö myös kansainväliset säädökset ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattieettiset periaatteet. Terveysthuollossa kohdataan ihmiselämän perustekijöitä, terveys ja sairaus, syntymä ja kuolema, hyvä elämä sekä ihmisen haavoittuvuus ja rajallisuus. Eettinen lähestymistapa terveydenhuollon kysymyksiin on siksi olennainen osa päätöksentekoa. Kansalliseen terveyshankkeeseen liittyvä valtioneuvoston periaatepäätöksen keskeinen arvoperusta on oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon lisääminen hoitoon pääsyssä.

Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan toimintansa perusteita. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja, mutta se auttaa hahmottamaan eri komponentteja terveydenhuollon kysymyksissä ja siten antaa välineitä tehtäessä terveydenhuollon toimintaa koskevia päätöksiä.

Terveysthuollon etiikan keskeisiä periaatteita ovat *ihmisen itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvän tekeminen, pahan välttäminen* sekä hyödyn maksimointi. Hoitoon pääsy liittyy myös ihmisen itsemääräämisoikeuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Jotta ihmisiä voidaan hoitaa oikeudenmukaisella tavalla on tärkeää luoda yhdenmukaiset kriteerit hoitoon pääsyyn. Suomen perustuslakiin ja terveydenhuollon lakeihin on kirjattu tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden periaatteet. Hoitoon pääsyn ei pitäisi riippua ihmisen varallisuudesta, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, iästä, sukupuolesta tai muista diskriminoivista tekijöistä. Julkisen terveydenhuoltojärjestelmämme tulisi taata jokaiselle yhtäläinen pääsy hoitoon.

Hoidossa tavoitellaan potilaan hyvää, selvittämällä ja parantamalla, joskus lievittämällä kipua ja kärsimystä, pyrkien parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Pahan välttämisen tavoitteessa joudutaan pitkäaikaisissa ja monimutkaisissa tilanteissa selvittämään, mikä on potilaalle hankalaa, vaikeaa ja jopa sietämätöntä. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä todetaan, että hoitoon pääsyn turvaamisessa on kyse *lääketieteellisesti perustellusta hoidosta*, joka määrittyy kansallisista hoitosuosituksista tai muuten näyttöön perustuvasta hoidosta. Hyödyn arvioinnissa etusija on potilaan hyödyssä. Tällöinkin joudutaan pohtimaan, mikä olisi potilaan etu, ja tiedustelemaan sitä häneltä tai hänen läheisiltään. Jos potilaan ja yhteiskunnan edut ovat toisilleen vastakkaiset, potilaan etu menee yhteiskunnan edun edelle. Tällaisia tilanteita voi tulla mm. erihintaisten hoitovaihtoehtojen punnitsemisessa. Terveysthuollon resurssipäätöksissä joudutaan myös miettimään koko järjestelmän toimivuutta niin että myös eri potilasryhmät olisivat tasavertaisessa asemassa keskenään.

Jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus terveydentilansa mukaiseen, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hyvä hoito on oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Potilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon tarvitaan tietoja ja taitoja, eri toimijoiden yhteistyötä sekä potilaan toiveiden, arvojen ja prioriteettien huomioimista. Hoidossa on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta ja pyrittävä järjestämään hoito niin, että potilas myös kokee tulevansa hyvin hoidetuksi ja kohdelluksi.

Oikeudenmukaisuus hoidossa edellyttää, että yhtäläisessä hoidon tarpeessa olevat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti. Tämä ei tarkoita vain yhdenvertaisia mahdollisuuksia hakeutua hoitoon. Terveystieteiden järjestelmässä on tärkeää huolehtia sellaisista ryhmistä, jotka eivät itse pysty, osaa tai jaksaa vaatia itsellensä oikeudenmukaista kohtelua. Erityistukea tarvitsevat ryhmät tarvitsevat usein myös yhteiskunnan suojelua ja sen varmistamista, että nämä pääsevät myös tarvitsemaansa hoitoon. Tasa-vertaisuus ja oikeudenmukaisuus merkitsee toiselle enemmän palveluita ja resursseja, jollekin vähemmän hoitoa tarvitsevalle vähemmän.

Oikeudenmukaisuuteen kuuluu voimavarojen jako ja käyttö, yhteiskunnallinen näkökohta, että mahdollisimman monelle voidaan antaa hyvää hoitoa. Hoidosta päättävien yhteiskunnalliseen vastuuseen kuuluu karsia hyödyttömiä hoitoja, koska niistä aiheutuu paitsi tarpeettomia kustannuksia myös pettymystä ja kärsimyksiä. Hoitojen tehon, kustannushyödyn, hyötyjen ja haittojen arviointi kuuluu hyvään hoitoon, vaikka yksilön hoidossa on arvion vaakakuppiin asetettava muitakin asioita kuin lääkeannoksen tai toimenpiteen hinta. Potilaan hoito oikeassa paikassa on paitsi inhimillistä myös rationaalista. Hoitoketjut sekä hoito potilasta lähellä perusterveydenhuollossa silloin, kun se on mahdollista, on myös sekä inhimillistä että rationaalista. Toimenpiteistä, suoritteista ja lääkkeistä keskustellessa ei pidä unohtaa ennaltaehkäisevää työtä. Sairauksien ehkäisy on parasta hoitoa.

Jos haluamme saada muutoksia aikaan, määräykset ja normistot eivät yksin riitä. Lait ovat etiikan minimi. Eettiset periaatteet tähtäävät minimitavoitteita korkeammalla. Eettinen lähestymistapa nostaa keskeiseksi potilaan ja hänen oikeutensa hyvään hoitoon. Jotta tämä voidaan toteuttaa, eri sektorien ja osapuolten on välttämätöntä ylläpitää ja parantaa keskustelua keskenään sekä toimia yhteistyössä lähtien periaatteista ja päämääristä, mikä on se yhteinen hyvä jota tavoitellaan. Tämän työryhmän esittämä prosessi yhtenevien kansallisten hoitoon pääsyn perusteiden määrittämisestä on eettisesti merkittävä. Hoitokynnystä määritettäessä ja erilaisia pisteytys- tai muita strukturoituja arviointimalleja kehitettäessä on järjestelmän arvoperustaa ja eettisyyttä testattava jatkuvasti. Uudet kriteeristöt eivät saa johtaa uudenlaiseen syrjintään esimerkiksi ikäperusteella. Tämän vuoksi julkinen ja läpinäkyvä valmistelu turvaisi kansalaisten ja potilasryhmien osallistumismahdollisuuden. Mikä tahansa indikaatiolista on myös pidettävä jatkuvan seurannan ja arvioinnin kohteena ja mahdolliset vääristymät on korjattava sitä mukaa kun niitä havaitaan.

Kirjallisuus

www.etene.org

Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. Helsinki. Etene-julkaisu 2003:6

Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Helsinki. Etene-julkaisu 2001:1.

2 Nykytila

- 2.1 Johdanto
 - 2.2 Hoidon saatavuus perusterveydenhuollossa
 - 2.3 Hoidon saatavuus suun terveydenhuollossa
 - 2.4 Hoidon saatavuus somaattisessa erikoissairaanhoidossa
 - 2.5 Mielenterveyspalveluiden saatavuus
 - 2.6 Lainsäädännön nykytila
-

2.1 Johdanto

Keskustelu hoidon saatavuudesta painottuu yleensä kirurgisiin toimenpiteisiin ja varjoon jäävät krooniset kansansairaudet (verenpaine, lipidiongelmat, diabetes, astma, reuma). Ehkäisevä kansanterveystyö (neuvolat, kouluterveydenhuolto, jne.) ei myöskään herätä samaa kiinnostusta kuin jonot ja jonottaminen. Mielenterveystyö on toinen sektori, jossa on paljon näkymätöntä (=kirjautumatonta) tarvetta. Keskustelun painottuminen ainoastaan operatiivisiin toimenpiteisiin johtaa uusien resurssien ohjaamiseen järjestelmällisesti muualle kuin perusterveydenhuoltoon tai mielenterveystyöhön ja pitkäaikaissairauksien hoitoon. Suuri osa terveydenhuollon toiminnasta kohdistuu kroonisten sairauksien hoitoon. Näiden jääminen jonokeskustelun ja erillisrahoituksen varjoon tuottaa koko ajan uusia jonottajia.

2.2 Hoidon saatavuus perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollon muodostavat kuntien ja kuntayhtymien vastuulla olevat kansanterveyslain alaiset terveyspalvelut ja niiden yhteydessä tuotettavat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Perusterveydenhuoltoon kuuluviksi luetaan myös sosiaalilainsäädännön alaisten palvelujen yhteyteen tuotettavat terveyspalvelut. Perusterveydenhuolto voi olla kunnan tai kuntayhtymän itsensä tuottamaa tai muualta hankkimaa.

Perusterveydenhuollon ytimen muodostavat 270 terveyskeskusta, joilla on yhteensä noin 600 sellaista palvelupistettä, joissa on lääkärin vastaanottotoimintaa (pää- ja sivuterveysasemat). Näistä palvelupisteistä viidenneksessä on tarjolla erikoislääkäripalveluja. Perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä lääkärin vastaanotolla on asukasta kohti Suomessa ollut useiden vuosien ajan tasaisesti n. 2 käyntiä vuodessa. Taulukossa 1 on esitetty perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitokäynnit viime vuosina. Suomen Lääkäriliitto selvitti terveyskeskusten lääkäritilannetta 1.10.2003 ja taulukossa 2 on esitetty sairaanhoitopiireittäin terveyskeskuslääkärien vajuus. Länsi-Pohja ja Keski-Pohjanmaa, Lappi ja Päijät-Häme ovat vaikeimpia pula-alueita. Taulukossa 3 on nähtävissä lääkäritilanteen kehitys viime vuosina. Vuonna 1990 lääkärivaje oli samalla tasolla kuin tänä päivänä ja taas syvimmän laman aikaan v. 1995 ei vajuusta ollut lainkaan.

Taulukko 1. Perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitokäynnit

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---------------------------|------------|------------|------------|------------|
| yhteensä | 24 996 783 | 24 994 815 | 25 130 520 | 25 005 932 |
| /1000 asukasta | 4 850 | 4 839 | 4 855 | 4 820 |
| äitiysneuvolakäynnit | 948 756 | 949 950 | 929 709 | 927 858 |
| lastenneuvolakäynnit | 1 386 650 | 1 368 206 | 1 343 243 | 1 325 653 |
| koulu- ja opiskelija | | | | |
| terveydenhuollon käynnit | 2 026 064 | 1 972 411 | 1 944 646 | 1 939 116 |
| työterveyshuollon käynnit | 892 032 | 943 393 | 956 708 | 1 034 309 |
| kotisairaanhoitokäynnit | 3 626 909 | 3 666 799 | 3 447 083 | 3 478 783 |

Lähde: Stakes taskutieto 2003

Taulukko 2. Terveyskeskusten lääkäritilanne 1.10.2003**Lääkärien virat ja toimet ja niiden hoito**

| | Virat ja toimet* | Hoitamattomat virat (%) | Hoidettuja virkoja (lkm) |
|-------------------|------------------|-------------------------|--------------------------|
| HUS-piiri | 823 | 6,5 | 769 |
| Varsinais-Suomi | 305 | 7,6 | 282 |
| Satakunta | 159 | 17,3 | 131 |
| Kanta-Häme | 116 | 11,2 | 103 |
| Pirkanmaa | 330 | 3,8 | 317 |
| Päijät-Häme | 114 | 21,9 | 89 |
| Kymenlaakso | 114 | 18,4 | 93 |
| Etelä-Karjala | 76 | 13,2 | 66 |
| Etelä-Savo | 78 | 17,9 | 64 |
| Itä-Savo | 43 | 16,3 | 36 |
| Pohjois-Karjala | 119 | 19,0 | 96 |
| Pohjois-Savo | 186 | 10,5 | 166 |
| Keski-Suomi | 206 | 11,2 | 183 |
| Etelä-Pohjanmaa | 147 | 12,9 | 128 |
| Vaasa | 104 | 22,1 | 81 |
| Keski-Pohjanmaa | 62 | 27,6 | 45 |
| Pohjois-Pohjanmaa | 300 | 16,2 | 251 |
| Kainuu | 62 | 22,8 | 48 |
| Länsi-Pohja | 43 | 27,9 | 31 |
| Lappi | 92 | 16,3 | 77 |
| Ahvenanmaa | 15 | 6,7 | 14 |
| Koko maa | 3 494 | 12,1 | 3 070 |

*) ei sisällä "jäissä" olevia virkoja (45 kpl)

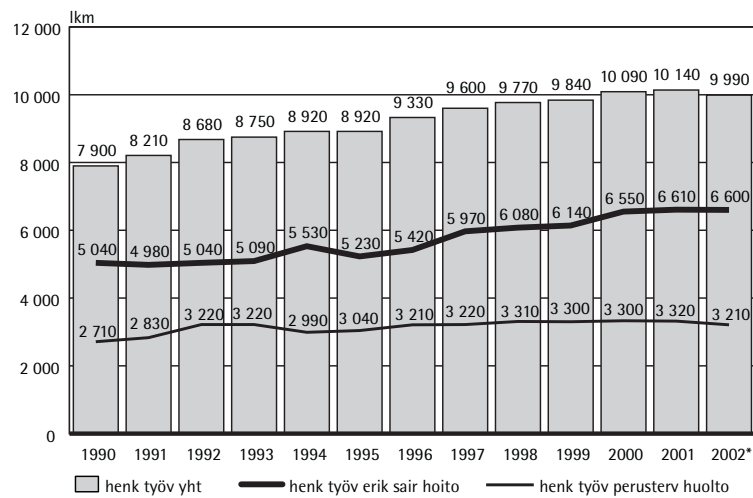
Lähde: Suomen Lääkäriliitto 2003

Taulukko 3. Terveyskeskusten lääkäritilanne vuosina 1990-2003**Laillistetun lääkärin virat ja toimet**

| Vuosi | Virat ja toimet | Hoitamattomat virat (%) | Hoidetut virat (lkm) |
|-------|-----------------|-------------------------|----------------------|
| 1990 | 2 928 | 16,5 | 2 446 |
| 1995 | 2 864 | 0 | 2 864 |
| 2001 | 3 356 | 9,3 | 3 043 |
| 2002 | 3 385 | 11,3 | 3 004 |
| 2003 | 3 494 | 12,1 | 3 070 |

Lähde: Suomen Lääkäriliitto 2003

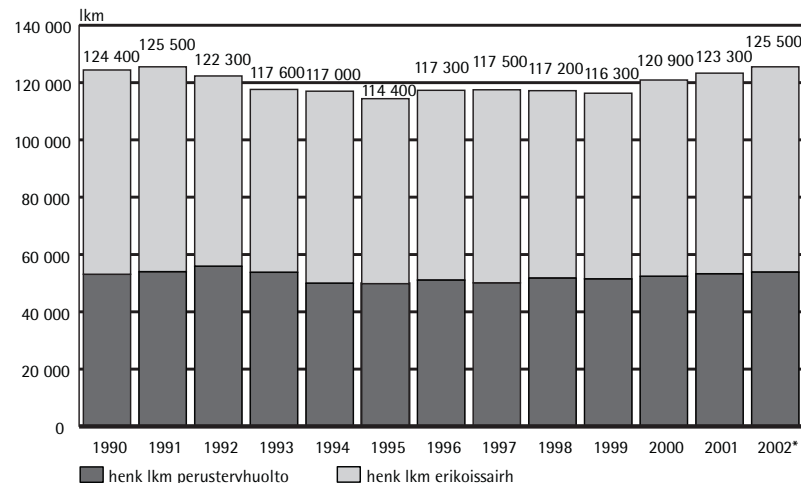
Kuva 1. Lääkärien henkilötövuodet v. 1990–2002*
Perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja yhteensä



Lähde: StakesTieto 2003 / Kunnallinen henkilökisteri, Tilastokeskus

Kuvasta 1 ilmenee henkilötövuosiksi laskettuna myös se, että lääkäritöpanoksen suuruus terveyskeskuksissa on vuonna 2002 lähes täsmälleen samalla tasolla kuin 10 vuotta sitten (3220htv – 3210htv), kun taas sairaalasektorilla lääkäritövuosien määrä on samassa ajassa noussut 31 % (5040htv – 6600htv).

Kuva 2. Terveystenhuollon henkilöstön lukumäärä kunnissa ja kuntayhtymissä v. 1990–2002* (mukana myös virkavapaalla olevat)



Lähde: StakesTieto 2003 / Kunnallinen henkilökisteri, Tilastokeskus

Koko julkisen terveydenhuollon henkilöstön määrä näyttää varsin vakaalta, laman aiheuttamaa notkahdusta lukuun ottamatta (kuva 2.)

Lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanottotoiminta, äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskelijaterveydenhoito, kotisairaanhoito ja vuodeosastot muodostavat terveyskeskuksen ydintoiminnot. Terveyskeskusten palvelupisteistä (yht. 596 kpl) antaa 79 % hammaslääkäripalveluja, 84 % sairaanhoitajan ajanvarausvastaanottoa, 47 % fysioterapiaa, 15 % toimintaterapiaa, 26 % puheterapiaa, 30 % psykologipalveluja, 81 % ottaa laboratorionäytteitä ja röntgentutkimuksia tehdään 36 %:ssa.

Ainoa valtakunnallinen tieto lastenneuvolapisteiden lukumäärästä on SPR:n osoite-tiedosto. Lastenneuvoloissa työskentelevän henkilöstön määrää ei ole erikseen arvioitu. Jonotusajoista lastenneuvolaan ei ole olemassa erillisiä selvityksiä. Yleisesti neuvolapalveluiden saatavuudesta kertoo tieto, että 92,2 % lapsista oli 5-vuotiaiden otoksessa täydellisesti rokotettu. Terveyskeskusten tapaa lähes kaikki perheet kouluikään mennessä noin 12–20 kertaa. Peruskäytäntöön kuuluu terveydenhoitajan kotikäynti vauva-perheessä vähintään kerran. Lääkärien osuutta neuvolatyöhön on hyvin vähän selvitetty tai kehitetty. Yleinen arvio on, että lääkäreiden työpanos neuvoloissa on vähentynyt ja heidän roolinsa on kapeutumassa konsulttirooliksi (STM työryhmämuistio 2003:7).

Opiskelijaterveydenhuoltoselvityksen (STM työryhmämuistio 2002:25) mukaan 72 %:ssa niistä terveyskeskuksista, joiden alueella oli ammattikorkeakouluja, opiskelija pääsi terveydenhoitajan vastaanotolle tarvittaessa samana päivänä. Vastaava luku ammatillisille oppilaitoksille oli myös 72 % ja lukioille 81 %. Jonotusajan mediaani terveydenhoitajan vastaanotolle oli 2 pv ja lääkärin vastaanotolle 7–8 pv.

Kiireellinen avosairaanhoito on sitä tarvitseville periaatteessa turvattu koko maassa, mutta käytännössä päivystysyhteistyön seurauksena pitkät etäisyydet vaikeuttavat hoidon saatavuutta alueilla, joissa ei ole riittävästi varmistettu ensihoidon kuljetuskapasiteettia. Noin 120 terveyskeskuspistettä päivystää 24h/vrk. Perusterveydenhuollon päivystyspalvelujen riittävyttä on mahdoton arvioida niillä alueilla, joissa vastaanottoaikoja on vaikea saada. Päivystyksen käyttö näyttäisi olevan vähäisempää alueilla, joissa lääkäri on joustavasti muulloinkin saavutettavissa.

Terveyskeskusten asema hoitoketjussa näkyy hyvin siinä, miten suuri osa erikoissairaanhoidon potilaista on tullut hoitoon terveyskeskuksessa laaditulla läheteellä. Yli 2/3 tulee hoitoon terveyskeskusläheteellä osassa maata ja osassa vain alle 1/5.

Vuoden 2002 syksyllä toteutetun valtakunnallisen peruspalvelujen arvioinnin osana kysyttiin Suomen kaikilta kunnilta, pääseekö kuntalainen terveyskeskuslääkärin vastaanotolle ei-kiireellisissä asioissa kolmen päivän sisällä. Noin kolmasosassa kunnista tämä onnistuu ja vajaa puolet kunnista ilmoitti, ettei vastaanottoaikaa pystytä tarjoamaan viikon kuluessa ajanvarauksesta. Joka viidennessä kunnassa vastaanottoaikaa joutui odottamaan vähintään kolme viikkoa (Päätalo ym 2003).

Kirjallisuus

- Hämäläinen, Kolimaa, Peltonen, Opiskelijaterveydenhuollon tila 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö työryhmämuistioita 2002:25.
- Päätalo M, Suorsa S, Hämäläinen P (2003) Sosiaali- ja terveyspalvelujen vuoden 2002 valtakunnallinen peruspalvelujen arviointi. Vanhusten kotona selviytymisen kannalta keskeisten terveyspalveluiden verkko. STM monisteita 2003:14
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. Työryhmämuistioita 2003:7.
-

2.3 Hoidon saatavuus suun terveydenhuollossa

| | |
|---|-----------|
| 2.3.1 Johdanto | 31 |
| 2.3.2 Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa | 31 |
| 2.3.3 Yksityinen suun terveydenhuolto ja sairausvakuutus- korvattava hoito | 33 |
| 2.3.4 Hoidon saatavuus ja ongelmakohdat terveyskeskusten suun terveydenhuollossa | 33 |
| 2.3.5 Väestön suun terveyden kehittyminen ja hammashoito- palvelujen käyttö | 34 |
| 2.3.6 Esimerkkejä toimintakäytäntöjen muutoksista terveyskeskusten suun terveydenhuollossa | 35 |

2.3.1 Johdanto

Suun terveydenhuollon uudistus ja sen siirtymäajan vaiheet on useimmissa terveyskeskuksissa voitu toteuttaa kohtuullisen hyvin. Kiireellisen hoidon järjestäminen on parantunut koko maassa. Terveyskeskuksissa palvelujen tarjontaa on laajennettu. Yksityisistä hammaslääkäripalveluista sairausvakuutuskorvauksia saaneiden määrä on kasvanut huomattavasti.

Lainsäädäntömuutokset (kts luku 2.6.2, lainsäädännön kuvaus) ovat kuitenkin lisänneet terveyskeskusten hammashoidon palvelujen kysyntää tavalla, johon ei ole kaikkialla pystytty riittävästi vastaamaan. Ongelmaksi on erityisesti suurissa kaupungeissa muodostunut ei-kiireellisen hammashoidon järjestäminen. Lähivuosina hoidon kysyntään ja toiminnan sisältöön vaikuttavat oleellisesti hampaallisen vanhusväestön osuuden kasvu sekä lisääntyneet hoitomahdollisuudet ja potilaiden odotukset ja vaatimukset hoidolle. Nämä muutokset lisäävät suun terveydenhuollon henkilöstön koulutus- tarvetta aikuis- ja vanhusväestön hoitoon ja sen erityiskysymyksiin.

2.3.2 Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa

Kunnilla ja kansanterveystyön kuntayhtymillä oli mahdollisuus kansanterveyslain voimaantulosäännöksen mukaisesti rajata hoitoa 30. päivään marraskuuta 2002 saakka vain vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneille sekä lisäksi kunnan tai kuntayhtymän erikseen päättämille muille ryhmille. Hampaiden tutkimus ja hoito tuli kuitenkin järjestää iästä riippumatta kaikille pään ja kaulan alueen säde- tai sytostaattihoidon vuoksi tutkimusta ja hoitoa tarvitseville. Tämä ryhmittely päättyi 1.12.2002.

Terveyskeskusten suun terveydenhuollossa kävi vuonna 2002 noin 1,8 miljoonaa henkilöä. Hoitokäyntejä kertyi noin 5 miljoonaa. Terveyskeskusten suun terveydenhuollossa hoidossa käyneiden lukumäärä lisääntyi vuosina 2001–2002 noin 20 000

potilaalla (taulukko 1). Kunnat ostivat yksityisiltä palveluita vuonna 2001 hoitokäyntien muodossa 36 000 käyntiä, ja vuonna 2002 hoitokäyntejä ostettiin 57 000.

Kunnallisella sektorilla työskentelee noin 2 300 hammaslääkärinä, joista noin 150 työskentelee erikoissairaanhoidossa, osa sivutoimisina. Kunnallisella sektorilla työskentelee lisäksi 2 730 hammashoitaajaa ja 555 hammashuoltajaa. Näistä osa-aikaisina työskentelee 289 hammashoitaajaa ja 76 hammashuoltajaa.

Taulukko 1. Hoidossa käyneet suun terveydenhuollon potilaat terveyskeskuksissa vuosina 2001 ja 2002

| Hoidossa käyneet ikäryhmittäin | 2001 | 2002 | Muutos 2001-2002 |
|---|------------------|------------------|------------------|
| 1946 ja sen jälkeen syntyneet | 1 487 779 | 1 593 427 | 105 648 |
| Siitä 0-17-vuotiaat | 924 865 * | 883 581 | -41 284 |
| Siitä muut iän perusteella hoitoon otetut | 562 914 | 709 846 | 146 932 |
| Muu väestö | 304 959 | 221 575 | -83 384 |
| Yhteensä | 1 792 738 | 1 815 002 | 22 264 |

* 0-18-vuotiaat

Lähde: Stakes/Tieto, ennakkotieto 2002

Taulukko 2. Suun terveydenhuollon henkilöstö terveyskeskuksissa vuonna 2002

| Ammattihenkilö | Työssäolevat yhteensä | joista osa-aikainen | joista sivutoiminen | virka-vapaalla | kaikki yhteensä |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|----------------|-----------------|
| Laillistetut hammaslääkärit | 2 304 | 506 | 58 | 157 | 2 461 |
| Laillistetut hammashuoltajat* | 555 | 76 | 0 | 51 | 606 |
| Nimikesuojatut hammashoitajat** | 2 730 | 289 | 0 | 177 | 2 907 |
| Laillistetut hammasteknikot | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Muut*** | 4 | 2 | 0 | 1 | 5 |

* sisältää nimikkeet hammashuoltaja, erikoishammashoitaja, suuhygienisti, vastaava hammashuoltaja, johtava hammashuoltaja

** sisältää nimikkeet hammashoitaja, johtava hammashoitaja, vastaava hammashoitaja, vaistushammashoitaja

*** sisältää nimikkeet hammashoitoapulainen, hammashygieenikko, hammaslaborantti

Lähde: KHR 2002, Tilastokeskus

2.3.3 Yksityinen suun terveydenhuolto ja sairausvakuutuksesta korvattava hoito

Sairausvakuutuslakia on muutettu siten, että hammashoidon korvaukset laajenivat 1.12.2002 lähtien koskemaan kaikkia iästä riippumatta. Sairausvakuutuslain mukaan asiakkaalle korvataan osa yksityishammaslääkärin suorittaman suun ja hammashoidon kustannuksista. Korvauksen ulkopuolella ovat hammasproteettiset ja hammastekniset kustannukset sekä pääasiallisesti oikomishoito. Korvaus on enintään 60 prosenttia Kelan vahvistamasta taksasta. Rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille korvataan hammashoitoa erillisen lain mukaan muuta väestöä paremmin, mm. proteettisen hoidon kustannusten korvaamisen osalta.

Taulukko 3. Sairausvakuutuskorvattava hammashoito vuosina 2000–2002, kaikki vakuutetut

| | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---------|----------------------|----------------------|
| Korvaukset yhteensä (miljoonaa euroa) | 41,3 | 56,1 (+35,8 %) | 64,9 (+15,6 %) |
| Saajien lukumäärä | 469 707 | 627 847 (+33,7 %) | 706 198 (+12,5 %) |
| Kustannusten keskiarvo saajaa kohti (euroa) | 195 | 220 | 239 |
| Korvausten keskiarvo saajaa kohti (euroa) | 88 | 89 | 92 |
| Korvausprosentti | 45,1 | 40,7 (-4,4 %) | 38,5 (-2,2 %) |

Lähde: KELA/Sari Helminen

Yksityishammaslääkäripalvelujen tarjonta vaihtelee paikkakuntaakohtaisesti. Vuonna 2003 päätoimisia yksityishammaslääkäreitä Suomessa oli 1 990 ja sivutoimisia 464 (Suomen Hammaslääkäriliitto, jäsenrekisteri). Suun Terveystieteiden Ammattiliittoon kuului vuonna 2002 yksityissektorilla työskenteleviä hammashoitajia 1 222 ja hammashuoltajia 268 (Tehy ry, tilasto 7.2.2003).

2.3.4 Hoidon saatavuus ja ongelmakohdat terveyskeskusten suun terveydenhuollossa

Vuoden 2001 aikana toteutettu hoidon laajennus kaksipuolaisesti ensin vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin ja vuoden lopussa vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin pystyttiin toteuttamaan kunnissa kohtuullisen hyvin. Ikään perustuvan hoidon rajauksen poistuminen 1.12.2002 aiheutti kuitenkin merkittäviä ongelmia monissa kunnissa ja kysynnässä oli ennakoitua enemmän alueellisia eroja. Osassa kuntia kasvaneeseen kysyntään on kuitenkin voitu vastata terveyskeskuksen suun terveydenhuollon toimintakäytäntöjä muuttamalla. Useassa kunnassa kysynnän lisäys on myös edellyttänyt suun terveydenhuollon voimavarojen lisäystä. Ongelmaksi on erityisesti suurissa kaupungeissa muodostunut ei-kiireellisen hammashoidon järjestäminen. Suurten asutuskeskusten

ulkopuolella tilannetta saattaa vaikeuttaa se, että koulutettua suun terveydenhuollon henkilöstöä ei ole saatavilla virkoihin.

Vuonna 2003 kiireelliseen ensiapuhoitoon suun terveydenhuollossa on päässyt arkipäivisin lähes kaikissa terveyskeskuksissa. Osassa suurimpia kaupunkeja aikuisväestön hammashoitoon pääsyä on rajoitettu priorisointipäätöksillä. Osassa terveyskeskuksia aikojen antoa on jouduttu rajaamaan ajoittain. Osa terveyskeskuksista ohjaa potilaita jonoon odottamaan tutkimusta ja hoitoa. Jonotusajat vaihtelevat huomattavasti, pisimmillään ne ovat olleet vuoden mittaisia. Osasyynä tähän ovat vaihtelut jonoon asettamisessa ja eri potilasryhmien etusijalle asettaminen. Jonojen käyttö on tässä laajuudessa uutta suun terveydenhuollossa, ja käytännöt ovat vaihtelevia.

2.3.5 Väestön suun terveyden kehittyminen ja hammashoitopalvelujen käyttö

Lasten ja nuorten suun terveyden kehittyminen

Lasten ja nuorten suun terveyden erinomainen kehityssuunta on nähtävissä tervehampaisten osuuden moninkertaisena lisäyksenä vuosina 1976–1994. Kun 12-vuotiaista vain yksi sadasta vuonna 1976 oli tervehampainen, vastaava luku vuonna 1994 oli 36. Hyvä kehitys kuitenkin pysähtyi 1990-luvun puolivälissä. Vuoden 2000 tietojen perusteella lasten ja nuorten pysyvien hampaiden reikiintyminen ei ole enää vähentynyt Suomessa ja maitohampaiston kohdalla näyttäisi tapahtuneen muutos huonompaan suuntaan. Alueellisia eroja oli myös havaittavissa. Vuonna 2000 kuusivuotiaista lähes puolella oli tai oli ollut hammaskariesta ja 12-vuotiaista vain runsas kolmasosa oli niitä, joilla ei siihen mennessä ollut karieshoidon tarvetta.

Aikuisten suun terveyden kehittyminen

Mini-Suomi -tutkimuksen ja Terveys 2000 -väestötutkimuksen tulosten perusteella on havaittavissa, että aikuisten suun terveys on merkittävästi kohentunut 20 vuoden aikana. Vuoden 1980 tasosta hampaattomuus oli vähentynyt puoleen; naisilla 37 prosentista 17 prosenttiin ja miehillä 22 prosentista 12 prosenttiin. Kariesen esiintyvyys on puolittunut vuoden 1980 tasosta, ja karieshampaiden määrä on nyt kolmannes aiemmasta (0,8 vs. 2,5).

lensairauksien esiintyvyys oli lievästi vähentynyt vuoden 1980 tasosta. Terveys 2000 -väestötutkimuksen mukaan yli puolet (55 %) tutkimukseen osallistuneista ilmoitti käyneensä vuoden aikana hammashoidossa joko hammaslääkärissä, hammas-tekniikalla tai hammashuoltajalla. Hampaallisuus, ikä, sukupuoli, asuinalue ja koulutustaso määrittävät hammashoitopalvelujen käyttöä. Hampaallisista kaksi kolmasosaa oli käynyt vuoden aikana hammashoidossa. Hammashoidossa käyminen oli yleisintä 55–64 -vuotiailla hampaallisilla. Eläkeikäiset kävivät muita ikäryhmiä harvemmin hammashoidossa, mihin on syynä tämän ikäryhmän hampaattomien suuri määrä. Naiset hakeutuivat hoitoon useammin ja säännöllisemmin kuin miehet. Enemmän koulutusta saaneet hakeutuivat hoitoon useammin ja säännöllisemmin verrattuna vähemmän koulutettuihin.

Tutkituista 30 vuotta täyttäneistä aikuista 63 % käytti yksityishammaslääkäripalveluja ja 43 % terveyskeskuspalveluja. Palvelujen rinnakkaiskäyttö oli vähäistä, vain prosentin luokkaa. Huomattava osa (41 %) ilmoitti käyvänsä hammaslääkärissä vain silloin, kun heillä oli särkyä tai jotain vaivaa. Suuri osa säännöllisesti tarkastuksissa käyvistä ilmoitti käyvänsä tarkastuksissa vuosittain.

Terveys 2000 -väestötutkimuksensa tulosten perusteella on ilmeistä, että ikäihmisten suun terveyden riskitekijöiden hallinnan tarve ja suun terveydenhuollon palvelujen käyttötarve kasvaa hampaallisen vanhusväestön kasvaessa. Paikattujen hampaiden aiempaa suurempi määrä vanhusväestössä merkitsee potentiaalista korjaushoidon tarvetta. Lensairaudet ovat edelleen huomattava suun terveysongelma väestössä.

2.3.6 Esimerkkejä toimintakäytäntöjen muutoksista terveyskeskusten suun terveydenhuollossa

Tulospalkkiot tukemassa hoitoon pääsyä

Suun terveydenhuollossa on tällä hetkellä käynnissä useita onnistuneita tulospalkkio- sovelluksia. Oulun kaupungissa suun terveydenhuollon asiakasmäärän kasvu edellytti toiminta- ja työskentelytapojen muutosta, jota vauhdittamaan laadittiin yhdelle alueelle tulospalkkiojärjestelmä. Tärkeimmäksi toiminnan muutostavoitteeksi asetettiin potilaiden tarkastusvälien pidentäminen. Toisena tavoitteena oli hoitoonpääsyajan lyhentäminen. Kumpikin tavoite vaati henkilökunnalta paneutumista sekä työnjako- että toimintatapakysymyksiin. Kolmanneksi tavoitteeksi asetettiin asiakastytyväisyys.

Ensimmäisen vuoden kokemusten perusteella potilaiden hoitoon pääsy nopeutui kokeilualueella. Henkilökunta oli tyytyväinen voidessaan itse vaikuttaa tulospalkkiojärjestelmän mittareihin ja niiden tavoitetasoihin. Selkeiden tavoitteiden asettaminen koko työyhteisölle ja niiden systemaattinen seuranta on edistänyt yhteisöllisyyttä ja varmuutta, joka näkyy myös työhyvinvoinnin kehittymisenä.

Suun terveydenhuollon kysyntää voidaan hallita

ensisijaistamalla ammattihenkilön arvioima tarpeenmukainen hoito

Suun terveydenhuollon palvelujen kysyntää voidaan hallita arvioimalla hoitoon hakeutuvien potilaiden hoidon kiireellisyys, ensisijaistamalla kiireellisen hoitotoimenpiteen toteuttaminen sekä jakamalla potilaan tarvitsemaa hoitoa useammalle hoitojaksolle. Esimerkiksi Espoon keskuksen sosiaali- ja terveyskeskuksen suun terveydenhuollossa kehitetyssä mallissa hoitotoimenpiteitä tarvitsevan ensimmäisellä käynnillä määritellään potilaan hoidon tarve ja aloitetaan hoito kiireisimmällä toimenpiteellä. Hoitoon pääsyä tuetaan tulospalkkiojärjestelmällä, jossa yhtenä mittarina (10 % painoarvo) on niiden potilaiden määrä, joille ei ole annettavissa hammashoitoaikaa kahteen kuukauteen. Tällä toimintakäytännöllä pystytään tarjoamaan palveluja kaikille Espoon keskuksen terveyskeskukseen hoitoon hakeutuville.

Hoitoa jaksottamalla voidaan turvata väestön hoitoon pääsyä

Loimaan seudun kansanterveystyön kuntayhtymässä suun terveydenhuollon resursseja ja toimintaa on pitkään kehitetty sillä periaatteella, että hammashuoltouudistus laajenee koko väestöä kattavaksi. Tässä on hyödynnetty pienen kuntayhtymän etuja. Väestön ja henkilökunnan vaihtuvuus on ollut pientä, ja yhteydet yhteistyötahoihin on ollut helppo säilyttää. Toimintaperiaatteena on ollut väestövastuu ilman tiukkaa omahammaslääkäriveloitetta. Tätä toimintaperiaatetta on edistänyt henkilökunnan palveluhaluukkuus ja yhdessä tekemisen ilmapiiri. Potilaiden hoitoa jaksotetaan tutkimuksen ja "viisivuotishoitosuunnitelman" perusteella pidemmälle aikavälille ja siten parannetaan väestön hoitoon pääsyä. Tarkoituksenmukaisessa työnteossa ja työnjaossa panostetaan hammashoitokäytien sisältöön, ja asiakkaan kustannusten minimoimiseen, riskipotilaiden tunnistamiseen ja ehkäisevän hoidon hoidon kohdentamiseen näihin ryh-

miin, keskitettyyn päivitykseen ja henkilökunnan lisäkouluttautumisen tukemiseen. Edellä kuvatun toimintatavan toteuttamista vahvistaa mahdollisuus hyödyntää erikoishammaslääkäritasoista osaamista.

Työnjaon kehittämisellä voidaan turvata ja nopeuttaa hoitoon pääsyä

Terveyskeskukset toteuttavat työnjakoa suun terveydenhuollossa ammattihenkilöiden välisenä työnjakona, julkisen ja yksityisen sektorin välisenä työnjakona, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisenä työnjakona, alueellisena työnjakona sekä potilaan, kansalaisen ja ammattihenkilön välisenä työnjakona.

Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymässä terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä työnjakoa on kehitetty siten, että terveydenhoitajat, hammashoitajat ja hammashuoltajat tekevät suuren osan koululaisten ja alle kouluikäisten suun terveyden seurannasta, ja lähettävät tai konsultoivat hammaslääkärinä tarvittaessa. Kun alle kaksivuotiaiden terveysneuvonta siirrettiin terveydenhoitajille, voitiin muiden alle kouluikäisten ja koululaisten terveysneuvontaa ja/tai kariesriskiäksilöiden seurantaa siirtää vastaavasti hammashuoltajalta hammashoitajille. Näin voitiin hammashuoltajien aikaa käyttää enemmän aikuispotilaiden hoitoon. Edellä kuvattu toimintakäytäntö on osaltaan mahdollistanut koko Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymän väestön pääsemisen terveyskeskuksen hammashuollon piiriin eikä se ole vaarantanut lasten hampaiston terveyttä.

Jyväskylän kaupungin hammashuollossa on sovellettu prosessiohjausta työnjaon kehittämiseen. Mallin keskeinen periaate on ollut, että jokainen ammattiryhmä tekee pääasiallisesti niitä tehtäviä, joita vain hän pystyy koulutuksensa perusteella tekemään. Lisäksi työn ohessa tapahtuvalla koulutuksella kukin ammattiryhmä kouluttautuu tekemään eri ammattipintojen rajapinnoilla olevia tehtäviä eli tehtäviä, jotka tavanomaisesti edellyttävät lisäkoulutusta tai jopa eri ammattitutkintoa. Työnjaolla on pystytty kaikissa ikäluokissa vapauttamaan hammaslääkärikapasiteettia pääasiallisesti korjaavan hoidon suorittamiseen. Hammashoitajat ovat työskennelleet vuodeosastoilla ja kotipalvelun kotisairaanhoidossa tekemässä hampaiden ja proteesien puhdistusta ja kouluttamassa kyseistä henkilöstöä suorittamaan suun puhdistustoimenpiteitä ja tarkkailemaan suun terveyttä.

Suun terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen osana kotipalvelua ja laitoshoidoa

Vanhusväestön suun terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuutta ja hoitoon pääsyä voidaan osaltaan turvata suun terveydenhuollon, kotipalvelun ja laitoshoidon välisellä yhteistyöllä.

Hampaallisen vanhusväestön määrän lisääntyessä tarve suun terveyden ylläpitohoitoon lisääntyy ja toiminnan vaatimukset kasvavat. Ikääntyvän väestön hoidon tarpeeseen on kuitenkin mahdollista vaikuttaa suun terveyden edistämällä ja ehkäisevällä hoidolla. Vanhusten suun terveydenhuollossa toimijoina ovat suun terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi omaiset ja muut hoitoalan ammattilaiset. Vanhusten suun terveydenhoito on toteutettu Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa moniammatillisena yhteistyönä mahdollisimman pitkälle viedyllä työnjaolla. Kotipalvelun ja laitosten henkilökunnan osallistuminen ja sitoutuminen potilaiden suun terveydenhuoltoon on edellyttänyt laajaa sisäistä koulutusta.

Kunnallisia suun terveydenhuollon palveluja voidaan täydentää ostopalveluilla

Helsingin kaupungin hammashuollon kokemusten perusteella ostopalvelutoiminta toimii parhaiten potilaiden hoitoon hakeutumisen ruuhkahuippujen tasaamisessa sekä

joidenkin helposti määriteltävien, täydentävien hoitotoimenpiteiden hankkimiseksi potilaalle. Ostopalveluilla ei ole tarkoitus korvata perusterveydenhuollon palveluiden tuottamista väestölle, vaan niitä voidaan käyttää apuna ruuhkan hallinnassa silloin, kun kunnallista toimintaa ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista laajentaa esimerkiksi perustamalla virkoja ja rakentamalla uusia vastaanottotiloja. Ostopalveluun on lähetetty kiireellisen hoidon potilaita sekä kiireettömään hoitoon jonottavia terveitä aikuisia.

Seudullisella kehittämisellä voidaan järjestää monimuotoisia palveluja

Kuntien seudullisen yhteistyön kehittämisellä voidaan vaikuttaa alueen suun terveydenhuollon voimavarojen tehokkaaseen hyödyntämiseen, suun terveydenhuollon palvelujen kysynnän hallintaan sekä monimuotoisten palvelujen tarjoamiseen. Jyväskylän kehityshankkeessa kehitetään toimintamallia, jossa otetaan huomioon seutukunnallinen yhteistyö, yhteistyö yksityissektorin kanssa sekä toiminnan laadun kehittäminen. Hankkeen tavoitteena on hyödyntää nykyistä tehokkaammin alueella sijaitsevat julkisen ja yksityisen perus- ja erikoistason hammashuollon voimavarat. Hankkeessa selvitetään tärkeimpien yhteistyökumppaneiden, kuten perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja koulutoimen, mahdollisuudet suun terveyden edistämisessä. Hankkeessa ovat mukana seuraavien kuntien terveyskeskukset: Jyväskylä, Laukaa, Muurame, Korpi-lahti, Jyväskylän maalaiskunta, Petäjävesi, Toivakka ja Uurainen.

Hoitoon pääsyä voidaan nopeuttaa ja yksinkertaistaa automaattisella peruutus-aikojen ajanvarausjärjestelmällä

Asiakaspalvelun kehittäminen osana hoitopalvelujen kehittämistä koskee niin sähköisiä ratkaisuja kuin työtapoja, joilla voidaan edistää ihmisten omaehtoista terveyden edistämistä, palvelujen käyttöä, hoidon sujuvuutta ja jononhallintaa. Toisaalta asiakaspalvelu velvoittaa myös palvelujen käyttäjiä vastuullisuuteen ajanvarauksessa ja hoito-ohjeiden noudattamisessa.

Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa on meneillään kokeilu, jossa peruuntuneita hammashoitoaikoja tarjotaan jonossa oleville asiakkaille matkapuhelimen tekstiviestillä. Tavoitteena on hammashoidon käyttöasteen parantaminen ja asiakasjonojen lyhentäminen. Kokeilu on osa Langaton Lahden alue -hankekokonaisuutta, jota kunnat, eri kehittäjäorganisaatiot ja yritykset toteuttavat. Automaattisessa ajanvarauksessa hammashoitola ilmoittaa tiedon peruuntuneesta hammashoitoajasta tekstiviestillä asiakkaalle, joka jonottaa hoitoon pääsyä. Viesti lähetetään viidelle asiakkaalle samanaikaisesti. Asiakas kuittaa varauksen, ja hän saa tiedon vastaanottoajan varauksesta. Muille neljälle lähtee tieto, että aika on jo varattu.

2.4 Hoidon saatavuus somaattisessa erikoissairaanhoidossa

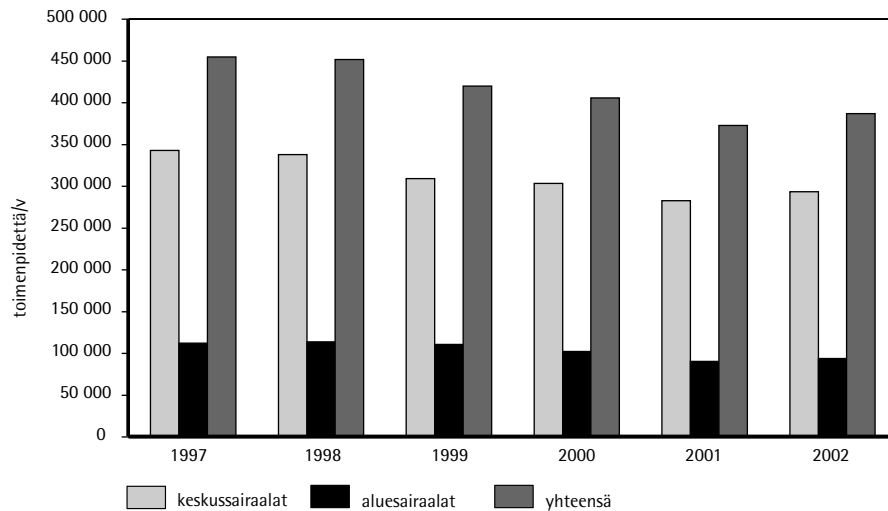
| | |
|--|-----------|
| 2.4.1 Erikoissairaanhoidon palvelujen määrät Suomessa verrattuna EU ja OECD maihin ja Pohjoismaihin | 39 |
| 2.4.2 Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden alueelliset erot Suomessa | 43 |
| 2.4.3 Havaintoja benchmarking- aineistosta | 44 |
| 2.4.4 Johtopäätökset | 44 |

Leikkaustoimenpiteiden määrä julkisella sektorilla on pysynyt viiden viimeisen vuoden ajan muuttumattomana (400 000/vuosi). Selvitysten mukaan Suomessa jonottaa leikkaukseen vajaa 150 000 potilasta ja tämäkin luku on pysynyt jokseenkin samana viime vuosina. Kun jonot eivät olennaisesti kasva eivätkä lyhene, niin palvelutuottajien tarjonnan voidaan arvioida vastaavan karkeasti kysyntää. Ongelmana on odotusaika. Parantunut hoidon saatavuus lisää palvelukysyntää ja piilossa olleita tapauksia tulee hoidon piiriin, mikäli indikaatiot pysyvät ennallaan.

Keskimääräinen odotusaika leikkaustoimenpiteeseen oli 3–6 kk erikoisalasta riippuen (Punnonen: Sairaaloiden tammi-huhtikuu 2003). Kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen liittyvän hoitojonon purkuhankkeen mukaan lokakuussa 2002 yli 3 viikkoa polikliinistä hoidon tarpeen arviointia odotti 110 000 potilasta. Kolme kuukautta tai kauemmin tutkimus- ja hoitotoimenpiteeseen odottavien potilaiden määrä oli 100 000 ja kuusi kuukautta tai kauemmin odotti 65 000 potilasta.

Kaiken aikaa hoidon piiriin tulee samoja resursseja käyttäviä päivystys- ja kiireellisen hoidon tarpeessa olevia potilaita. Hoitojonoon asetettujen potilaiden hoidon odotusaika eroaa toisistaan sairaalan toimintaympäristön ja palveluprofiilin sekä erikoisalan mukaan. Keskimäärin hoitojonon kautta tuotetaan kunnallisen sektorin sairaaloiden palveluista noin 20 %. OECD vertailussa hoidon saatavuus keskeisimpien leikkaustoimenpiteiden osalta on verrattavissa hoidon saatavuuteen Pohjoismaissa ja Britanniassa.

Erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa koskevaa tietoa on hoitoilmoitusrekisterissä, sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien benchmarking- aineistossa sekä sairaaloiden omissa tiedostoissa. Kuvassa 1 esitetään leikkaustoimenpiteiden kokonaisvolyymien kehitys viime vuosina. Näitä tietoja on käytetty hyväksi useissa kansainvälisissä vertailuissa mm. WHO:n, OECD:n toimesta sekä Pohjoismaisessa NOMESCO tiedostossa. Verrattuna useimpiin muihin eurooppalaisiin maihin suomalaiset rekisterit ovat kattavampia ja luotettavampia. Vakavin puute suomalaisissa terveydenhuollon rekistereissä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensopivan tiedoston puute. Tällaisen tiedoston avulla saadaan nykyistä parempi kuva sairauksien hoidon kokonaisuudesta. Perusterveydenhuolto huolehtii osassa maata sellaisista tehtävissä, jotka joillakin alueilla hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Stakes kehittää parhaillaan koko avohoidon tilastointia (avohoidon tilastouudistus) vuodeosastohoitoa mittaavan hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) rinnalle.

Kuva 1. Julkisen sektorin sairaaloiden leikkaustoimenpiteet vuosina 1997–2002

Lähde: Punnonen 2003

2.4.1 Erikoissairaanhoidon palvelujen määrät Suomessa verrattuna EU ja OECD maihin ja Pohjoismaihin

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitajaksia on Suomessa väestöön suhteutettuna enemmän kuin muissa Euroopan maissa. Tämä koskee lähes kaikkia tautiryhmiä. Toisaalta Suomessa vuodeosastohoitajien keskipituus on Euroopan lyhimpiä. Missä määrin tämä johtuu siitä, että samaa potilasta hoidetaan samasta syystä useammalla vuodeosastohoitajaksolla kuin muissa maissa ei ole nykytiedostojen avulla vielä kokonaan selvitetävissä. OECD on jonoprojektissaan kerännyt tietoja erikoissairaanhoidon hoitajajonoista sekä tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista. Yleishavainto on se, että yleisimpiä leikkauksia tehdään Suomessa väestöön suhteutettuna pääsääntöisesti enemmän kuin muissa OECD-maissa. Poikkeuksen muodostaa lonkan tekonivelkirurgia, jota Suomessa tehdään vähemmän kuin OECD-maissa keskimäärin. Sydänvaltimoiden varjoainekuvauksia, pallo-laajennuksia ja verkkojen asennuksia tehdään myös vähemmän kuin vertailumaissa, mikä on yllättävää, kun ottaa huomioon valtimokovettumataudin yleisyyden Suomessa verrattuna muihin Euroopan maihin (taulukko 2, s. 40, ja kuvat 1 ja 2, s. 101)

Taulukko 1. Kirurgiset toimenpiteet (per 100 000 väestö)

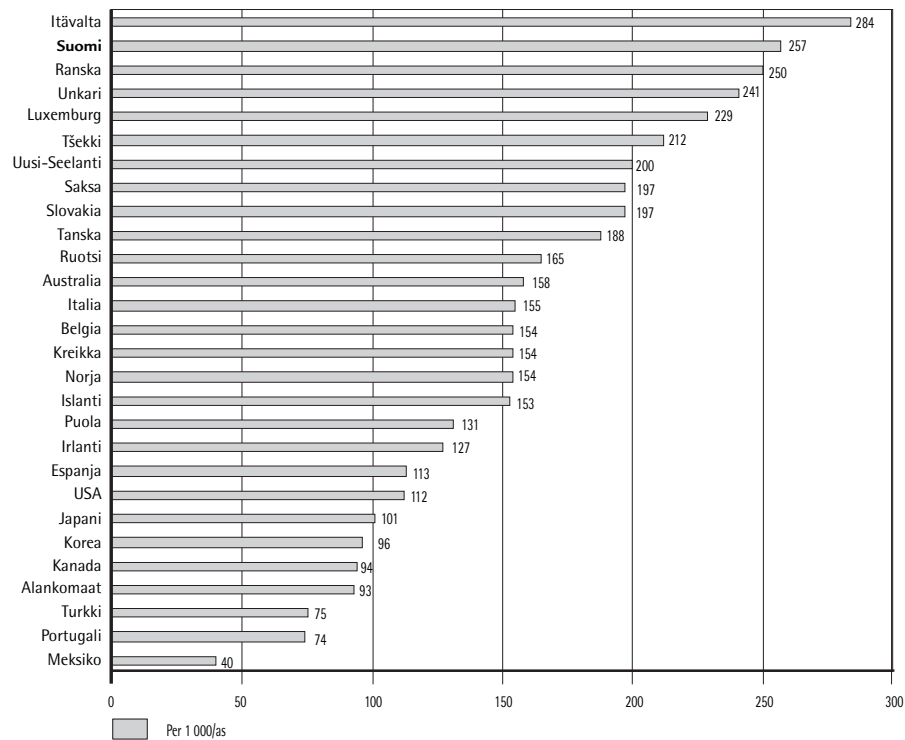
| Maat | Harmaakaihi-leikkaukset | Sappirakon poisto | Suonikohju-leikkaukset |
|------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|
| Australia | 712,3 | 241 | 97,9 |
| Kanada | | | |
| Tanska | 429,6 | 119,6 | 238,8 |
| Suomi | 638,9 | 173 | 182,4 |
| Irlanti | 446,7 | 105 | 103,4 |
| Italia | 659,9 | 166,8 | 164,6 |
| Alankomaat | 548,6 | 117,1 | 125,6 |
| Uusi-Seelanti | 242,8 | 99,6 | |
| Norja | 514,2 | 77,7 | 124,2 |
| Espanja | | | |
| Ruotsi | 726 | 127,8 | |
| Iso-Britannia | 406,1 | 73,9 | 90,9 |
| Keskiarvo | 532,5 | 130,2 | 141,0 |

Lähde: OECD 2003

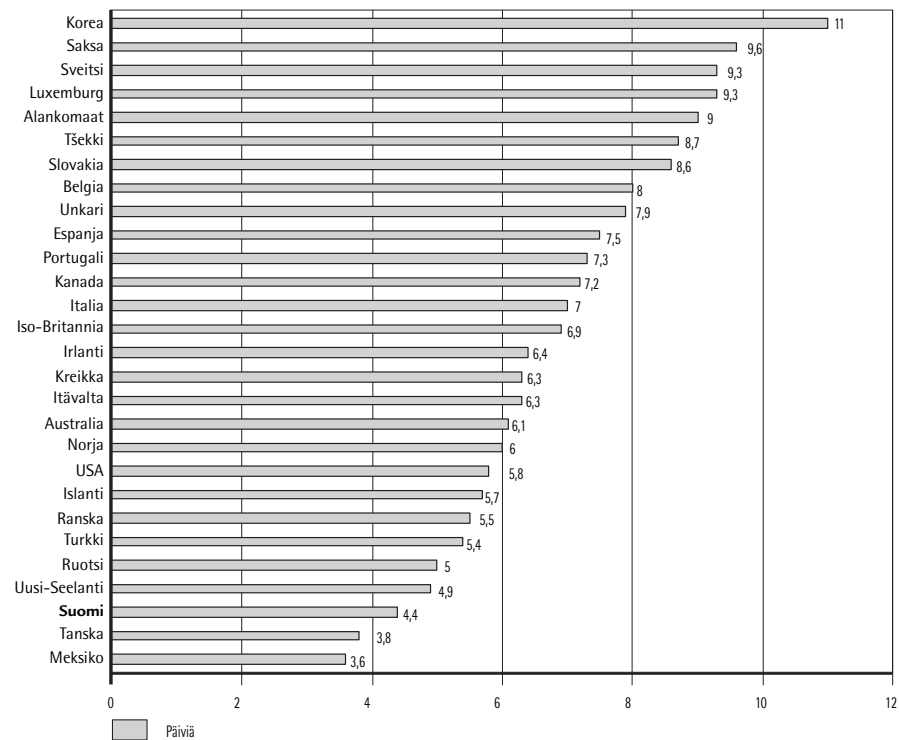
Taulukko 2. Kirurgisten toimenpiteiden määrä (per 100 000 väestö)

| Maat | Lonkan tekonivel-leikkaukset | Polven tekonivel-leikkaukset | Eturauhas-toimenpide (TURP) | Kohdun-poisto | Sepel-valtimo ohitus-leikkaus | Nivus-tyrä-leikkaus |
|------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------|---------------------|
| Australia | 126,3 | 96,8 | 246 | 165 | 89,4 | 227,4 |
| Kanada | 93,1 | 88,5 | 167 | 108 | 68,6 | |
| Tanska | 158,6 | 48,2 | 195 | 45 | 66,2 | 228,6 |
| Suomi | 98,2 | 104,6 | 175 | 400 | 80,3 | 229,1 |
| Irlanti | (136) | 29,4 | 120 | 53 | 26,8 | 125,6 |
| Italia | 117,6 | 40,9 | 197 | 74 | 48 | 300,1 |
| Alankomaat | 132 | 49,5 | 151 | 87 | 92,9 | 191,9 |
| Uusi-Seelanti | 120,9 | 65,3 | 119 | 63 | 103,3 | 111,7 |
| Norja | 171,4 | 46,7 | 215 | 206 | 76,1 | 165,5 |
| Espanja | 72,8 | 48,3 | | 45 | 17 | |
| Ruotsi | 166,3 | | 194 | 174 | 72,8 | |
| Iso-Britannia | 132,5 | 63,8 | | 42 | 40,8 | 209,5 |
| Keskiarvo | 127,1 | 62,0 | 177,9 | 121,8 | 65,2 | 198,8 |

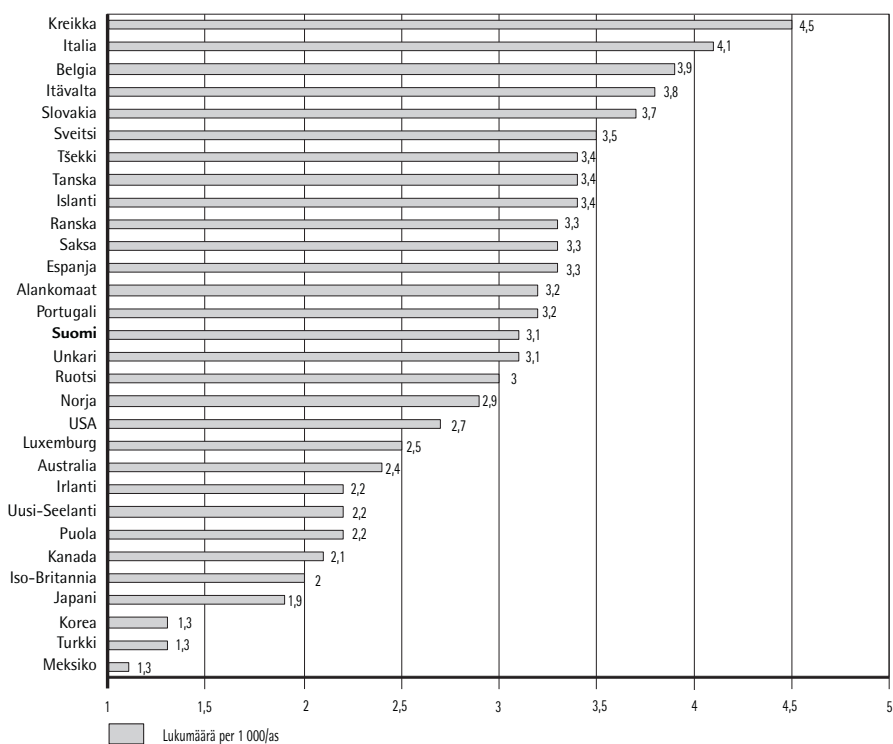
Lähde: OECD 2003

Kuva 1. Vuodeosastohoitojaksot per 1 000/as (2000)

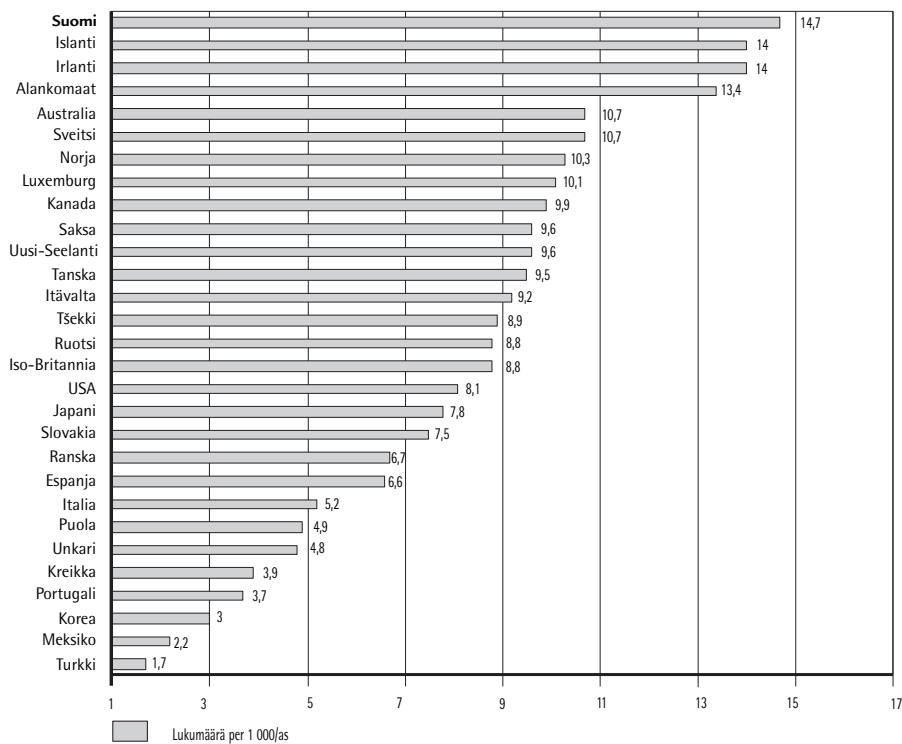
Lähde: OECD Health Data 2003

Kuva 2. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksojen keskimääräinen pituus (2000)

Lähde: OECD Health Data 2003

Kuva 3. Lääkärien määrä per 1 000/as (2000)

Lähde: OECD Health Data 2003

Kuva 4. Sairaanhoitajien määrä per 1 000/as (2000)

Lähde: OECD Health Data 2003

Suomessa sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneista kolmannes ei työskentele terveydenhuollossa.

2.4.2 Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden alueelliset erot Suomessa

Sosiaali- ja terveysministeriö teetti osana terveydenhuolto 2000-luvulle projektia laajan selvityksen erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuudesta vuoden 1999 hoitoilmoitusrekisterin tietojen perusteella. Hoitoilmoitusrekisterin erikoissairaanhoidon avohoidtoa koskevat tiedot ovat siinä määrin puutteellisia, ettei johtopäätöksiä niistä ole voitu tehdä. Vuodeosastohoidosta ja toimenpiteellisistä hoitojaksoista sen sijaan voidaan tehdä melko luotettavia johtopäätöksiä. Tavallisimpien leikkaustoimenpidemäärien erot sairaanhoitopiirien välillä ovat suurimmillaan kahdeksankertaisia (Taulukko 3, Stakes, kirurgian aluevaihtelut). Tämä koskee kilpirauhastoimenpiteitä. Suuria vaihteluita on myös sappileikkausten ja suonikohjuleikkausten määrissä. Erot olivat viisin- ja kolminkertaisia. Eturauhasleikkauksia (TURP) tehtiin vuonna 2002 eniten toimenpiteitä tekevässä sairaanhoitopiirissä kuusinkertainen määrä vähiten tekevään verrattuna. Tekonivelleikkausten- ja sydämen ohitusleikkausten määrissä erot olivat vain kaksinkolminkertaisia, kun ne viisi vuotta sitten ovat olleet huomattavasti suuremmat. Myös iskiasleikkausten määrissä on ollut suuria alueellisia vaihteluita. Erot ovat kuitenkin viime vuosina selvästi vähentyneet, mikä ainakin osittain johtuu siitä, että aihe on ollut esillä erikoislääkäriyhdistyksissä.

Toimenpiteelliset hoitojaksot sisältävät jonkin leikkaustoimenpiteen ja ovat sellaisenaan varsin hyvä mittari kuvaamaan tavallisimpien leikkaustoimenpiteiden sisältämää hoitokokonaisuutta. Konservatiivisen hoidon vuodeosastohoitojaksot kuvaavat erikoissairaanhoidon kalleimman osuuden käyttöä, mutta eivät ao. sairauden hoidon kokonaisuutta. Ei voida siis sanoa, että alueella, jossa jonkin sairauden vuodeosastohoitoa on vähän olisi tämän sairauden hoito huonommin järjestetty kuin siellä, missä vuodeosastohoitoa on paljon. Astman (J45, ICD-10) hoitojaksoissa ja hoidettujen potilaiden määrissä 10 000 asukasta kohti on nelinkertaisia eroja. Pitkäaikaisen ahtauttavan keuhkosairauden (J44, ICD-10) osalta erot ovat kuusin- ja viisinkertaisia. Sydäninfarktin (I21, ICD-10) hoitopäiviä oli 10 000 asukasta kohti koko maassa vuonna 2002 keskimäärin 181,2. Helsingin luku oli 102,2, Etelä-Savon 296,3 ja Kainuun 206,3. Lasten astman (J21, ICD-10) hoitopäiviä 10 000 asukasta kohti oli eniten Itä-Savossa (29,2) ja vähiten Kainuussa (9,6). Maan keskiluku oli 19,9 ja Uudenmaan 21,2 ja Helsingin 18,8. Depression vuoksi tuotettujen vuodeosastohoitopäivien määrän keskiluku 10 000 asukasta kohti oli 350,0. Vähiten hoitopäiviä (238,6) oli Keski-Pohjanmaalla ja eniten (676,3) Etelä-Savossa.

Väestölle tuotettujen palvelujen määrä kuvaa hoidon saatavuutta eri tavoin kuin hoitojonot. Pitkiä hoitojonoja saattaa olla alueilla, missä hoitoa tarjotaan paljon ja päinvastoin. Lyhyt hoitojono ei välttämättä tarkoita hyvää palvelujen saatavuutta. Palveluja voidaan tarjota vähän ja jonot ovat osittain tästä syystä lyhyet. Hoitojonoihin vaikuttavia tekijöitä on kuvattu kaihileikkauksia esimerkkinä käyttäen (Suomen Lääkärilehti 2003; 58: 2657–2663). Resurssien lisääminen vähentää jonoja aluksi. Vaikutus ei kuitenkaan ole pitkäaikainen, ellei mitään muuta tehdä. Hoitoon ottamisen aiheisiin eli indikaatioihin tulee kiinnittää huomiota. Alueelliset erot ovat monien yleisimpien sairauksienkin osalta kohtuuttomat.

Taulukko 3. Kirurgian aluevaihtelut

| Toimenpide/toimenpideryhmä | Toimenpiteitä/10 000 asukasta | |
|--|-------------------------------|-------|
| | väh/eniten | ero X |
| BAA20-BAA99 Kilpirauhanen | 0,8 – 6,1 | 8 |
| KED22 TURP Eturauhanen (TURP) | 3,6 – 20,5 | 6 |
| HAB00, HAB40 Rintarauhasen osapoisto | 1,8 – 22,3 | 12 |
| CJC, CJD, CJE, CJF00-20 Kaihi | 24,7 – 113,9 | 5 |
| JAB00-99, JAC10-96 Tyrä (nivus/femor) | 18,3 – 32,6 | 2 |
| JKA21 Sappirakon poisto (laparoskopia) | 3,6 – 17,3 | 5 |
| NGA30 Polven artroskopia | 5,4 – 17,9 | 3 |
| NGD05, NGD15, NGD25 Polven nivelkierukan artroskooppinen operaatio | 12,0 – 36,6 | 3 |
| PHB76-78, PHD76-99 Alaraajojen laskimo-oper. | 9,6 – 27,3 | 3 |
| NFB30-NFB99 Lonkka (total hip repl.) | 6,5 – 17,9 | 3 |
| LCD00-LCD97 Kohdun poisto | 20,1 – 47,7 | 2 |

Lähde: Stakes 2003

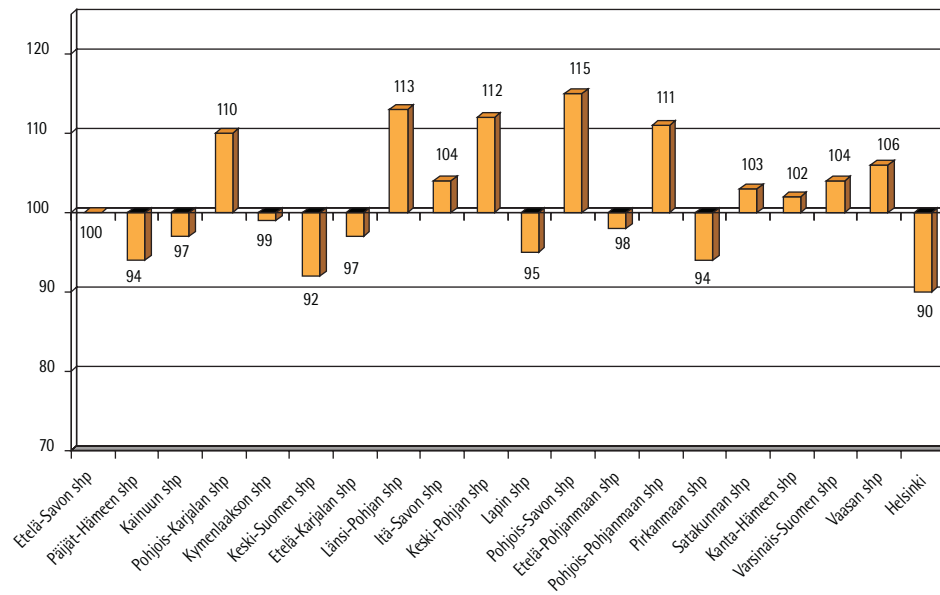
2.4.3 Havaintoja benchmarking-aineistosta

Benchmarking-aineisto (sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuustietokanta), jota Stakes ja sairaanhoitopiirit ovat kehittäneet vuodesta 1997 alkaen perustuu laajempaan tietopohjaan kuin hoitoilmoitusrekisteri. Sen avulla voidaan tehdä päätelmiä tuotettujen palvelujen määrästä (ikä- ja sukupuolivakiointi huomioiden) sekä kustannuksista. Episodipohjainen tarkastelu tarjoaa tietoa siitä, miten yhden vuoden kuluessa hoidettua yhtä sairautta on potilaalla hoidettu. Hoitoon sisältyy tällöin vuodeosastohoitojakso ja mahdollisesti myös polikliinistä hoitoa. Episodikustannuksin mitaten maan keskilukua kalliimpia sairaanhoitopiirejä tai sairaanhoitoalueita HUS-piirissä olivat vuoden 2002 aineiston perusteella mm. Vaasa, Pohjois-Savo, Pohjois-Pohjanmaa, Länsi-Pohja ja Itä-Savo sekä Hus-piirin sairaanhoitoalueet Porvoota lukuunottamatta. Huomattavasti keskiluvun alapuolella olivat Päijät-Häme, Pirkanmaa, Etelä-Savo ja Keski-Suomi. Iä- ja sukupuolivakiointi huomioiden palveluja oli tuotettu paljon Pohjois-Savossa, Pohjois-Pohjanmaalla, Länsi-Pohjassa, Vaasassa sekä HUS-piirin sairaanhoitoalueilla Porvoota lukuunottamatta, missä sekä kustannukset että palvelutuotanto olivat maan keskiluvussa. Helsingin kaupunki muodostaa selvimmän poikkeuksen. Episodikustannukset helsinkiläisille tuotetussa erikoissairaanhoidossa ovat maan keskilukua selvästi korkeammat, mutta tuotettu palvelumäärä on keskimääräistä selvästi alhaisempi (Kuvat 5, 6 sivulla 45).

2.4.4 Johtopäätökset

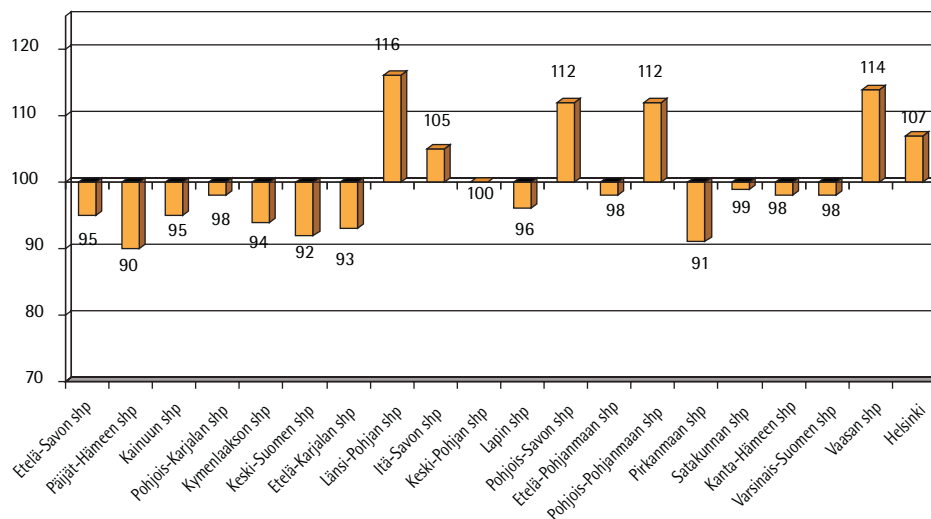
Tuotettujen palvelujen määrässä on suuria alueellisia eroja. Sairastavuus ei selitä näin suuria eroja. Erot johtuvat erilaisista hoitoindikaatioista, mutta myös käytettävissä olevista resursseista. Korkeat kustannukset eivät välttämättä tarkoita sitä, että palveluja on tuotettu paljon. Keskimääräistä alhaisemmin kustannuksin on useissa sairaanhoitopiireissä kyetty tuottamaan paljon tai kohtuullinen määrä palveluita. Esimerkkejä tällaisista sairaanhoitopiireistä ovat Keski-Pohjanmaa, Päijät-Häme, Pirkanmaa sekä Etelä-Savo ja Varsinais-Suomi.

**Kuva 5. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito
episodit/asukas 2002**



Lähde: Stakes 2003

**Kuva 6. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito
episodioiden kustannukset/asukas 2002**



Lähde: Stakes 2003

2.5 Mielenterveyspalveluiden saatavuus

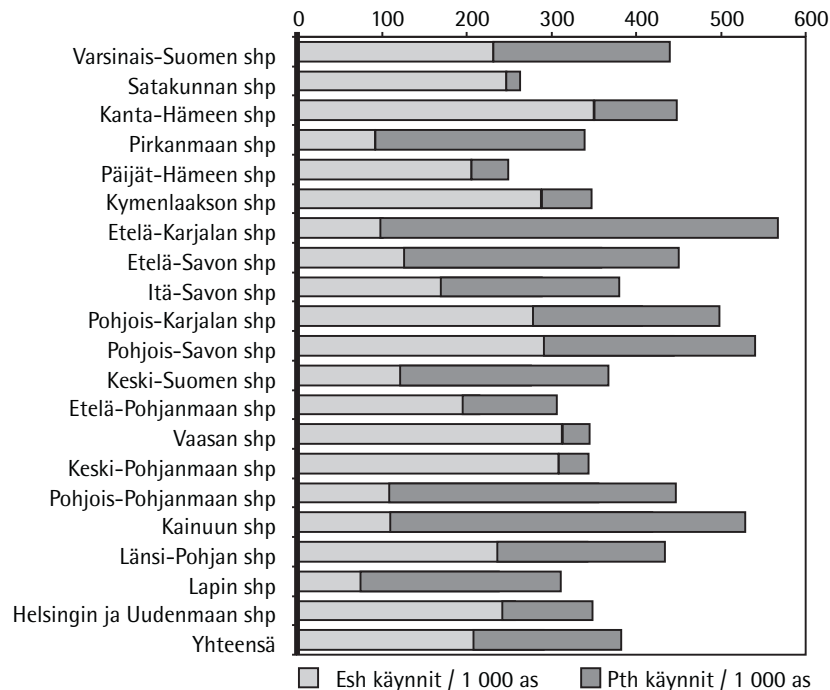
| | |
|--|-----------|
| 2.5.1 Hoidon saatavuuteen vaikuttavat erityiskysymykset | 46 |
| Palvelujen hajanaisuus ja erikoislääkäreiden saatavuus | 46 |
| Lasten- ja nuorisopsykiatriassa tutkimuksiin | |
| ja hoitoon pääsyn enimmäisajat | 47 |
| Lasten- ja nuorisopsykiatriaan suunnatut | |
| valtionavustukset | 49 |
| Lasten ja nuorten psykiatriset palveluketjut | |
| vuotavat lastensuojeluun | 50 |
| 2.5.2 Lastenpsykiatrisen hoidon saatavuus ja ongelmakohdat | 50 |
| 2.5.3 Nuorisopsykiatrisen hoidon saatavuus ja ongelmakohdat | 51 |
| 2.5.4 Psykiatrisen hoidon saatavuus ja ongelmakohdat | 51 |
| Perusterveydenhuolto | 51 |
| Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoito | 53 |
| Psykiatrinen sairaalahoito | 53 |

2.5.1 Hoidon saatavuuteen vaikuttavat erityiskysymykset

Palvelujen hajanaisuus ja erikoislääkäreiden saatavuus

Psykiatrian erikoisalojen – lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja psykiatrian – palvelujen saatavuuden arviointia vaikeuttaa palvelujärjestelmien hajanaisuus ja valtakunnallisesti kattavan seurantatiedon puuttuminen. Erikoissairaanhoidossa toteutuvista osastohoidoista on saatavissa valtakunnalliset tiedot Stakesin HILMO-tietokannasta. Psykiatrian erikoisalojen avohoidon palvelut toteutuvat hajallaan eri organisaatioissa – perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimessa, yksityissektorilla ja hoidon tukipalvelut myös kolmannella sektorilla. Yhtenäisiä, koko valtakuntaa koskevia tietoja psykiatrisen avohoidon suoritteista tai kustannuksista on tällä hetkellä mahdotonta saada. Stakesin Benchmarking-tietokantaan kerätään avohoitotoimintaa koskevia tietoja, mutta tiedot eivät kata kaikkia kuntia tai kuntayhtymiä. Kuvassa 1 esitetään kaikkien psykiatrian erikoisalojen avohoitosuoritteiden jakautuminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä vuodelta 2002 niiden kuntien osalta, jotka ovat ilmoittaneet kyseiset tiedot Stakesin Benchmarking-tietokantaan.

Toinen erikoisalojen yhteinen piirre on erikoislääkäri työvoiman jakautuminen julkisen ja yksityissektorin välillä (taulukko 1). Vuonna 2002 Suomessa oli 980 työikäistä psykiatria ja 211 työikäistä lastenpsykiatria (Lääkäriliitto 2003). Kuntaliiton syyskuussa 2002 tekemän selvityksen mukaan täyttämättömiä erikoislääkärin virkoja oli eniten psykiatrisissa yksiköissä.

Kuva 1. Psykiatrian avohoitokäynnit / 1 000 asukasta vuonna 2002

Lähde: Stakes, Benchmarking/H. Rintanen

Taulukko 1. Psykiatrit päätoimen työskentelysektorin mukaan

| | sairaalat | terveys- keskukset | opetus ja tutkimus | avohoitot tstot yms. | työ- terveys | yksityis- vastaan- otot | muut lääkärin tehtävät | yht. |
|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------------|------------------------------|------|
| Psykiatria | 415 | 29 | 50 | 209 | 4 | 151 | 49 | 907 |
| Lasten- psykiatria | 103 | 6 | 10 | 40 | | 27 | 11 | 197 |

Lähde: Suomen Lääkäriliitto 2003

Lastenpsykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn enimmäisajat

Vuoden 2001 alusta tuli voimaan mielenterveysasetus, jossa määrätään lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon järjestämisen enimmäisajoista, hoitoyksiköiden yhteistyöstä, avohoidon tukitoimista ja alueellisesta yhteistyöstä. Arvio hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä on lastenpsykiatriassa tai nuorisopsykiatriassa erikoissairaanhoidossa tehtävä kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta ja tarpeelliseksi todettu hoito on lapselle tai nuorelle järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa (Mielenterveysasetus 6a §).

Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon yksiköissä hoitoon pääsyn enimmäisajat toteutuvat toistaiseksi huonosti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä 18 % lapsista pääsi lastenpsykiatrian klinikan tutkimukseen tai hoitoon säädetyssä ajassa vuonna 2002 päivystyksenä alkaneita ja kiireellisiä hoitoja lukuun ottamatta. Suomen Nuorisopsykiatrian yhdistyksen aloitteesta toteutettu NUOTTA-projekti arvioi nuorisopsykiatrian hoitotakuun toteutumista vuosina 2001–2002. Vain noin puolessa sairaanhoitopiireistä voitiin turvata tutkimukseen pääsy kolmessa viikossa. Tutkimukseen pääsyä oli tehos-

tettu, mutta tämä oli toisaalta heijastunut hoitajaksojen ruuhkautumisena ja hoidon toteutumisen vaikeutumisena.

Sosiaali- ja terveysministeriö on syyskuussa 2003 kerännyt tiedot lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian jonotilanteesta. Jonotusajat lastenpsykiatriseen tai nuorisopsykiatriseen hoidon tarpeen arviointiin, polikliniseen hoitoon ja vuodeosastohoitoon on esitetty lääneittäin taulukossa 2. Esitetyt jonotusaikavertailut eivät ota huomioon lastenpsykiatristen tai nuorisopsykiatristen resurssien määriä suhteessa alueen lapsi- tai nuorisoväestöön tai kyseisten palveluiden tarpeeseen.

Lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon tehokkuuden ja taloudellisuuden kannalta voimassa olevat enimmäisajat ovat perusteltuja. Lakisääteiset enimmäisajat ovat parantaneet lasten ja nuorten psykiatrisia palveluita. Valtakunnallisesti yhtenäisen seuranta-järjestelmän tarve on noussut esiin. Lasten ja nuorten perheillä ei ole riittävästi tietoa lakisääteisestä oikeudesta päästä aiempaa nopeammin tutkimuksiin ja hoitoon.

Taulukko 2. Jonotusajat lastenpsykiatrisen ja nuorisopsykiatrisen hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon 1.1.- 31.8.2003 lääneittäin

| Aika (vrk) | Lääni | | | | Koko maa |
|---|-------------|-----------|-------------|---------------|----------|
| | Etelä-Suomi | Itä-Suomi | Länsi-Suomi | Oulu ja Lappi | |
| LASTENPSYKIATRIA | | | | | |
| HOIDON TARPEEN ARVIOINTI | | | | | |
| Ei-kiireellisen hoidon tarpeen arvio | | | | | |
| Lyhin | 1-21 | 0-7 | 0-150 | 10-14 | 0-150 |
| Pisin | 21-240 | 60-262 | 21-465 | 14-28 | 14-465 |
| Kokonaisvaihtelu | 1-240 | 0-262 | 0-465 | 10-28 | 0-465 |
| Kiireellisen hoidon tarpeen arvio | | | | | |
| Lyhin | 0-7 | 0-2 | 0-2 | 1 | 0-2 |
| Pisin | 0-36 | 1-263 | 3-206 | 2-3 | 0-263 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-36 | 0-263 | 0-206 | 1-3 | 0-263 |
| AIKA HOIDON TARPEEN TOTEAMISESTA POLIKLIINISEN HOIDON ALOITTAMISEEN | | | | | |
| Ei-kiireelliset tapaukset | | | | | |
| Lyhin | 1-60 | 2-30 | 0-30 | 0-7 | 0-90 |
| Pisin | 21-548 | 120-360 | 21-301 | 0-10 | 0-548 |
| Kokonaisvaihtelu | 1-548 | 2-360 | 0-301 | 0-10 | 0-548 |
| Kiireelliset tapaukset | | | | | |
| Lyhin | 0-30 | 0-2 | 0-5 | 0-1 | 0-30 |
| Pisin | 4-300 | 0-263 | 7-176 | 0-5 | 0-300 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-300 | 0-263 | 0-176 | 0-5 | 0-300 |
| AIKA HOIDON TARPEEN TOTEAMISESTA VUODEOSASTOHOIDON ALOITTAMISEEN | | | | | |
| Ei-kiireelliset tapaukset | | | | | |
| Lyhin | 0-90 | 14-20 | 10-90 | muutama kk | 0-90 |
| Pisin | 77-598 | 147-344 | 60-365 | muutama kk | 60-598 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-598 | 14-344 | 10-365 | muutama kk | 0-598 |
| Kiireelliset tapaukset | | | | | |
| Lyhin | 0-14 | 0-1 | 0-20 | < 7 | 0-20 |
| Pisin | 6-120 | 3-93 | 3-172 | < 7 | 3-172 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-120 | 0-93 | 0-172 | < 7 | 0-172 |

Taulukko 2. jatkuu

| Aika (vrk) | Lääni | | | | |
|---|-------------|-----------|-------------|---------------|----------|
| | Etelä-Suomi | Itä-Suomi | Länsi-Suomi | Oulu ja Lappi | Koko maa |
| NUORISOPSYKIATRIA | | | | | |
| HOIDON TARPEEN ARVIOINTI | | | | | |
| Ei-kiireellisen polikliinisen hoidon tarpeen arvio | | | | | |
| Lyhin | 0-14 | 0-3 | 2-14 | 2-7 | 0-14 |
| Pisin | 1-210 | 87-122 | 21-60 | 14-21 | 1-210 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-210 | 0-122 | 2-60 | 2-21 | 0-210 |
| Kiireellisen hoidon tarpeen arvio | | | | | |
| Lyhin | 0-2 | 0-1 | 0-2 | 0-1 | 0-2 |
| Pisin | 0-70 | 19-87 | 5-150 | 2-3 | 0-150 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-70 | 0-87 | 0-150 | 0-3 | 0-150 |
| AIKA HOIDON TARPEEN TOTEAMISESTA POLIKLIINISEN HOIDON ALOITTAMISEEN | | | | | |
| Ei-kiireelliset tapaukset | | | | | |
| Lyhin | 0-15 | 0-15 | 0-42 | 0 | 0-42 |
| Pisin | 0-90 | 0-189 | 0-180 | 0-90 | 0-189 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-90 | 0-189 | 0-180 | 0-90 | 0-189 |
| Kiireelliset tapaukset | | | | | |
| Lyhin | 0-7 | 0-15 | 0-3 | 0-2 | 0-15 |
| Pisin | 0-14 | 0-189 | 0-42 | 0-2 | 0-189 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-14 | 0-189 | 0-42 | 0-2 | 0-189 |
| AIKA HOIDON TARPEEN TOTEAMISESTA VUODEOSASTOHOIDON ALOITTAMISEEN | | | | | |
| Ei-kiireelliset tapaukset | | | | | |
| Lyhin | 0-30 | 0-2 | 0-3 | 7 | 0-30 |
| Pisin | 14-189 | 21-134 | 7-144 | 21-30 | 7-189 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-189 | 0-134 | 0-144 | 7-30 | 0-189 |
| Kiireelliset tapaukset | | | | | |
| Lyhin | 0-7 | 0-2 | 0 | 0 | 0-7 |
| Pisin | 0-40 | 0-69 | 0-64 | 1-2 | 0-69 |
| Kokonaisvaihtelu | 0-40 | 0-69 | 0-64 | 0-2 | 0-69 |

Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö, S. Lankinen

Lastenpsykiatriaan ja nuorisopsykiatriaan suunnatut valtionavustukset

Eduskunta on vuodesta 2000 lähtien osoittanut erityistä valtionavustusta kunnille ja kuntayhtymille lasten ja nuorten psykiatristen palveluiden parantamiseksi. Vuosina 2000 - 2003 tämä avustus on yhteensä ollut 27,26 miljoonaa euroa. Vuonna 2003 myönnettiin kunnille lisäksi 14 miljoonaa euroa valtionavustuksena syrjäytymisuhan alaisten lasten ja nuorten palveluihin. Kansaneläkelaitokselle on viime vuosina osoitettu lisävaroja lasten ja nuorten psykiatriseen kuntoutukseen.

Valtiovarainministeriön panostus lasten ja nuorten psykiatrisiin palveluihin on näkynyt erikoissairaanhoidossa ja kuntien perustasolla uusien toimintatapojen ja toimintayksiköiden kehittymisenä, tietotaidon ja eri toimijoiden välisen yhteistyön lisääntymisenä, psykoterapian parempana saatavuutena ja monimuotoisina kehittämishankkeina. Sairaanhoidopiireihin on perustettu yhteensä 300 määräaikaista tai pysyvää työsuhdetta, joista valtaosa avohoidon.

Lasten ja nuorten psykiatriset palveluketjut vuotavat lastensuojeluun

Lastensuojelulla on tällä hetkellä merkittävä ja perustehtäväänsä nähden liian suuri rooli psyykkisesti häiriintyneiden lasten ja nuorten hoidossa. Terveystieteiden palveluketjut vuotavat pahimmin lastensuojeluun tai pysyvään syrjäytymiskehitykseen.

Sijoitusten ja huostaanottojen määrä lisääntyy ja erilaisia yksityisiä sosiaalihuollon laitoksia, perhe- ja kuntoutuskoteja syntyy nopeammin kuin niiden laadunvalvonta kehittyy. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten tai nuorten määrä on lisääntynyt 33 % ja huostaan otettujen lasten ja nuorten määrä 21 % vuosien 1995 ja 2002 välillä. Vuosina 2001 - 2002 syntyi 110 uutta lastensuojelun laitosta, mikä merkitsi laitosten määrään 28 %:n kasvua kahden vuoden aikana.

Tuoreen tieteellisen tutkimuksen mukaan lastensuojelun laitoshoidossa yli puolet lapsista on psykiatrisen hoidon tarpeessa (Hukkanen 2002). Lastensuojelun laitoshoidossa olleet psyykkisesti häiriintyneet lapset eivät toipuneet psyykkisestä häiriöstään lastensuojelun laitoshoidossa. Huostaanoton ja sijoituksen jälkeen lasten ja nuorten psykiatriset hoidot jäivät toteutumatta, vaikka tutkimukset ja hoitosuunnitelma erikoissairaanhoidossa olisi tehty ennen sijoitusta (Anttonen, 2003).

Lastensuojelun tulisi voida keskittyä perustehtäväänsä ja terveydenhuollon tulisi ottaa vastuu lastenpsykiatristen häiriöiden ja sairauksien hoidosta entistä paremmin. Yhteistyön pitää kuitenkin olla tiivistä ja sen muotoja tulee kehittää.

2.5.2 Lastenpsykiatrisen hoidon saatavuus ja ongelmakohtat

Lastenpsykiatrisen palvelujärjestelmään kuuluu lasten mielenterveystyö perustasolla ja lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiireissä. Lasten mielenterveystyötä perustasolla tekevät perusterveydenhuolto, lastenneuvolat ja kouluterveydenhuolto sekä sosiaalitoimen alueella perheneuvolat ja lastensuojelu.

Perusterveydenhuollon erityisosaaminen ja resurssit lasten mielenterveyspalveluihin ovat vähäiset. Terveyskeskuslääkäreiden työpanos sekä neuvola- että kouluterveydenhuoltoon on supistunut viime vuosina ja useissa tapauksissa työ on jaettu monen terveystieteiden lääkärin kesken, jolloin erityisosaamista ja perehtyneisyyttä ei kerry riittävästi. Osasyynä tähän näyttää olevan siirtyminen väestövastuujärjestelmään, jossa virkaehtosopimusta ei sovelleta kannustamaan neuvola- ja kouluterveydenhuolto-työtä.

Kasvatus- ja perheneuvolat toimivat sosiaali- tai terveystoimessa sosiaalilainsäädännön alaisina. Perheneuvoloita oli vuonna 2002 kaikkiaan 128. Vain vajaassa neljäsosassa perheneuvoloista (30/128) työskenteli lääkäri. Asiakkaita perheneuvoloissa vuonna 2002 oli lähes 76 600 ja palvelun piirissä olevia perheitä yli 33 000.

Perheneuvolaverkosto toteuttaa pääosin sosiaalityön alueelle lukeutuvaa toimintaa, jossa diagnostinen tutkimus ei ole yhtenäisen määrittelyn ja hoitomenetelmien valinnan perusteena. Tämä tuo pysyvää työnjaon selkiytymättömyyttä terveydenhuollon ja perheneuvoloiden välille. Perheneuvolat vastaavat valtaosin lasten mielenterveystyön avohoitopalveluista. Perusterveydenhuollon, perheneuvoloiden ja erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisessa onnistutaan kuitenkin huonosti.

Lastenpsykiatrisen osastohoidon saatavuuden vaihtelu sairaanhoitopiireissä on vähäisempää kuin vaihtelu nuorisopsykiatrisen tai psykiatrisen osastohoidon kohdalla. Osastohoidossa olleita lapsia tuhatta 0 - 14 -vuotiaista kohden oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä 0,7 ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä 2,0 vuonna 2002 (kuva 2). Osas-

tohoito on volyymiltään vähentynyt 5 – 10 % viime vuosien aikana (taulukko 3). Poliklinisen hoidon valtakunnallisia vertailutietoja ei ole saatavissa.

Erikoissairaanhoidon resurssit ovat viime vuosina lisääntyneet, mutta palvelujärjestelmää tulee silti edelleen parantaa. Hoidon tuloksellisuuden ja taloudellisuuden kannalta edullisinta olisi nopea erikoissairaanhoidon tutkimuksiin pääsy ja laadultaan riittävän jatkohoidon toteutuminen palvelujärjestelmän muilla tasoilla. Vaikeiden lastenpsykiatristen häiriöiden ja sairauksien hoito kuuluu erikoissairaanhoidon tehtäväalueeseen.

2.5.3 Nuorisopsykiatrisen hoidon saatavuus ja ongelmakohdat

Kuntien perustasolla nuorten mielenterveyspalveluista huolehtivat terveydenhuollon lisäksi koulutoimi ja sosiaaltoimi. Toimijoiden joukko on laaja: kouluterveydenhuolto, koulukuraattorit, koulupsykologit, koulujen oppilashuolto, lastensuojelu, perheneuvolat, sosiaaltoimen laitokset, jopa työvoimaviranomaiset ja poliisi. Nuorisopsykiatrisen toiminta toteutuu erikoissairaanhoidossa, sairaanhoitopiirien sairaaloissa ja yliopistosairahoissa.

Nuorisopsykiatrisen osastohoidon saatavuus sairaanhoitopiireissä vaihtelee huomattavasti. Osastohoidossa olleita nuoria tuhatta 13 – 17 -vuotiasta kohden oli Vaasan sairaanhoitopiirissä 0,6 ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 9,4 vuonna 2002 (kuva 2). Tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn enimmäisajat eivät ole supistaneet palvelujen saatavuuden alueellisia eroja. Nuorisopsykiatrisen osastohoito on viime vuosina lisääntynyt 25 – 30 %, hoitopäivät 34 % (taulukko 3).

Nuorisopsykiatrisen hoitotakuun auditointiprojekti NUOTTA on arvioinut nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmää vuosina 2001 – 2002. Projektin loppuraportti on valmistunut. Selvityksessä on valtakunnallisesti arvioitu myös nuorisopsykiatrisen poliklinista toimintaa. Nuorisopsykiatrisia julkisen sektorin poliklinikkakäyntejä toteutui vuosittain yli 100 000. Avohoidon käyntimäärät tuhatta nuorta kohti vaihtelivat välillä 119 – 456. Parhaimmillaan 4,5 % nuorista pääsi palvelujen piiriin. Koko maassa vastaava keskimääräinen luku oli 2 %.

Nuorten tahdosta riippumaton hoito on lisääntynyt. Tahdosta riippumatta toteutui 11 % hoitojaksoista vuonna 1996 ja 20 % vuonna 2000. Tämä liittyy toisaalta nuorten häiriöiden vaikeutumiseen ja toisaalta avohoitopalvelujen puutteellisuuteen.

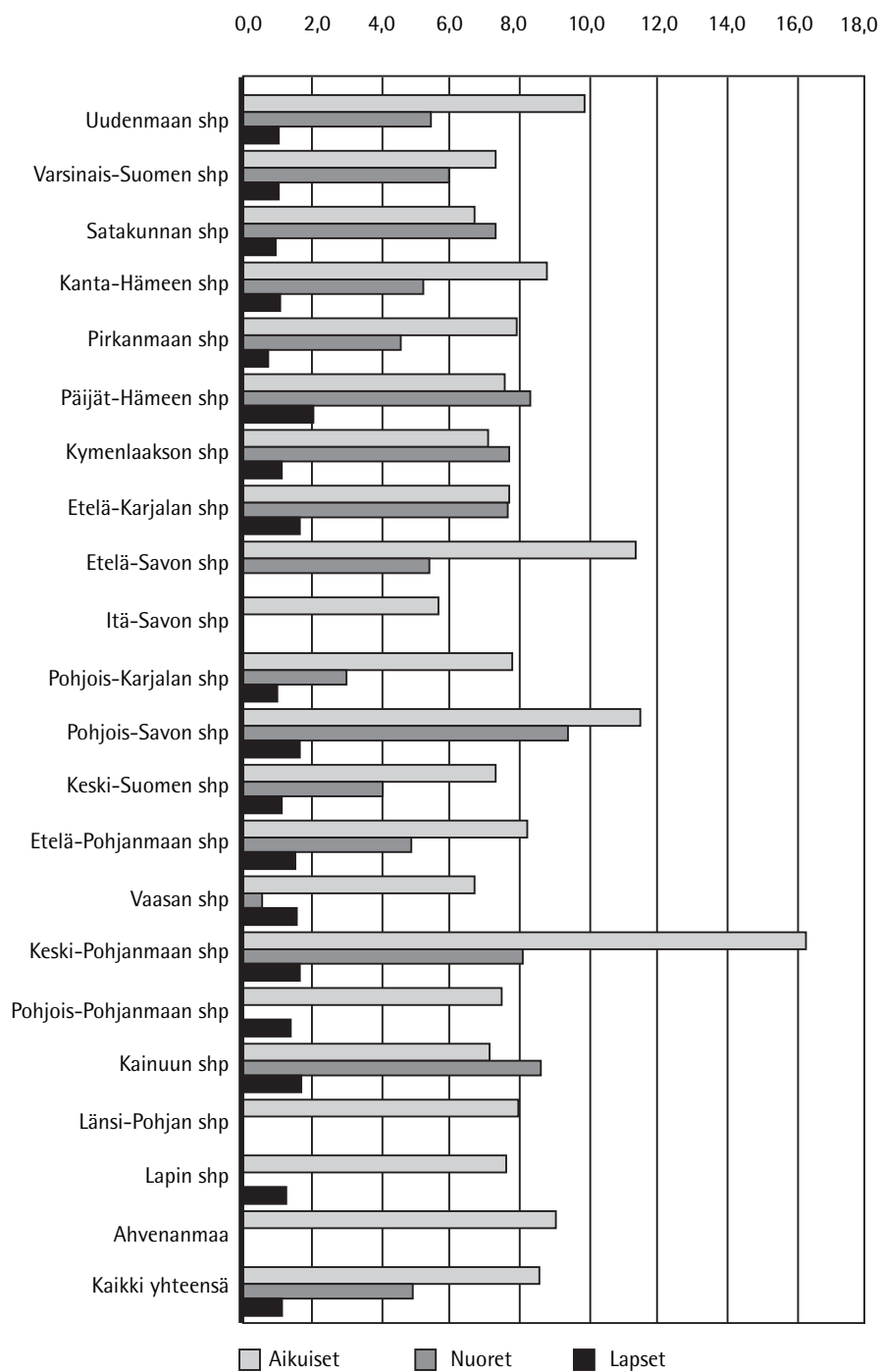
2.5.4 Psykiatrisen hoidon saatavuus ja ongelmakohdat

Perusterveydenhuolto

Valtaosa aikuisväestön lievien psykiatristen häiriöiden hoidosta toteutuu perusterveydenhuollossa, jonka merkitys mielenterveyspalvelujen tuottajana on korostunut viime vuosikymmenellä toteutettujen erikoissairaanhoidon supistusten jälkeen. Tällä hetkellä potilaan mahdollisuus saada asianmukaista psykososiaalista hoitoa, psykoterapiaa tai neuvontaa peruspalveluiden tasolla on kuitenkin puutteellista ja hajanaista.

Peruspalveluiden tasolla tulee lisätä valmiuksia psykososiaaliseen hoitoon, etenkin kansanterveydellisesti ja -taloudellisesti merkittävän sairauden, masennuksen hoidossa. Perusterveydenhuoltoon tarvitaan diabeteshoitajiin rinnastettavia ”depressiohoitajia”. Lääkäreiden tietotaitoa psykoterapeuttisista hoidoista tulee lisätä. Tähän on olemassa tutkittuja, perusterveydenhuollon käyttöön soveltuvia menetelmiä.

Kuva 2. Psykiatrian erikoisalojen osastohoidossa olleet potilaat / 1 000 aikuista (yli 18 -vuotiaat), nuorta (13–17-vuotiaat) tai lasta (0–14-vuotiaat) vuonna 2002



Lähde: Stakes, HILMO/H. Rintanen

Psykiatriset potilaat hyötyisivät myös peruspalveluiden tasolla heidän hoitopalveluitaan koordinoivan palveluohjaajan palveluista. Psykiatrisen potilaan hoitopalveluiden järjestämisessä tulee huomioida potilaan perhe ja lasten tilanne vanhemman sairastaessa.

Kuntien perustasolla toteutuvien hoidollisesti tuettujen asuntolapalveluiden puute aiheuttaa jonotusta pois sairaalahoidosta. Riittävästi tuettujen asuntolapalveluiden kehittämiseen tulisi kiinnittää huomioita.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoito

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimii tällä hetkellä hajautettuna eri organisaatioissa. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitopalveluita tuottavat mielenterveystoimistot tai mielenterveyskeskukset toimivat valtaosin osana kuntien perusterveydenhuoltoa. Osittain mielenterveystoimistot kuuluvat sairaanhoitopiirien psykiatriseen poliklinikka-toimintaan.

Psykiatristen avohoitopalveluiden saatavuus vaihtelee alueittain. Psykiatrisen sairaalahoidon jatkohoidoksi tarvittavaa tiivistä ja pitkäjänteistä avohoitoa ei nykyisessä palvelujärjestelmässä juurikaan voida toteuttaa. Sairalahoidon saavuttamat tulokset menetetään avohoidon puutteellisuuden vuoksi. Tilanne on vaikein vaativan ja pitkäkestoisen, esimerkiksi oikeuspsykiatrisen osastohoidon jälkeen.

Psykiatrisen sairaalahoidon

Psykiatrisen sairaalahoidon toteutuu pääasiassa sairaanhoitopiireissä. Kunnilla on jonkin verran omaa vuodeosastohoidon. Psykiatrisen sairaalahoidon saatavuudessa on suuria alueellisia vaihteluita. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä psykiatrisessa osastohoidossa vuonna 2002 oli 16,3 potilasta ja Itä-Savon sairaanhoitopiirissä 5,6 potilasta tuhatta yli 18 -vuotiaasta asukasta kohden (kuva 2). Valtakunnallisesti osastohoidon volyymi on viime vuosien aikana vähentynyt 2-3 % (taulukko 3).

Taulukko 3. Psykiatrian erikoisalojen osastohoidon keskeiset tunnusluvut vuosilta 2000 – 2002

| | % -muutos vuodesta 2000 | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------|-----------|-------|-------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| AIKUISPSYKIATRIA | | | | | |
| Hoitojaksot | 48 608 | 48 238 | 48 174 | -0,8 | -0,9 |
| Eri potilaat | 35 894 | 35 460 | 35 037 | -1,2 | -2,4 |
| Hoitopäivät | 1 792 519 | 1 749 798 | 1 732 258 | -2,4 | -3,4 |
| NUORISOPSYKIATRIA | | | | | |
| Hoitojaksot | 1 447 | 1 569 | 1 811 | 8,4 | 25,2 |
| Eri potilaat | 1 198 | 1 377 | 1 556 | 14,9 | 29,9 |
| Hoitopäivät | 74 035 | 85 774 | 99 186 | 15,9 | 34,0 |
| LASTENPSYKIATRIA | | | | | |
| Hoitojaksot | 1 932 | 1 824 | 1 727 | -5,6 | -10,6 |
| Eri potilaat | 1 193 | 1 065 | 1 059 | -10,7 | -11,2 |
| Hoitopäivät | 79 984 | 75 857 | 75 931 | -5,2 | -5,1 |

Lähde: Stakes, HILMO/H. Rintanen

Psykiatrisissa sairaalapalveluissa ei ole olemassa selkeää porrasteisuutta. Erityisosaamisen eri tasoja ei ole päässyt kehittymään. Erikoissairaanhoidossa tulee kiinnittää enemmän huomiota laadun hallintaan ja sisäisen porrastuksen kehittämiseen.

Kiireellisenä ja pakkohoitona alkavat psykoosien sairaalahoidot kuormittavat psykiatristen sairaaloiden kapasiteettia niin, että ei-kiireellinen sairaalahoido jää joko kokonaan tai osittain toteutumatta. Hoitamatta jääneiden psykiatristen potilaiden määrästä ei ole saatavissa tarkkaa tietoa. Palvelujärjestelmän katvealueeseen kuuluvat myös ne potilaat, joiden hoito on ei-optimaalista: sairaalan hoitojaksot jäävät liian lyhyiksi ja avohoito tai perustason tarjoama laitoshoido on laadultaan riittämätöntä.

Psykiatrisen sairaalahoidon keskeisin jono-ongelma muodostuu potilaista, jotka akuuttiosastoilla jäävät jonottamaan avohoitoon, psykoterapiaan, asuntolaan tai kuntoutukseen pääsyä. Valtion psykiatrisissa sairaaloissa on jonotusta peruskuntaan, kun vaikeahoitoinen tai oikeuspsykiatriseen sairaalahoidoon määrätty potilas on riittävästi toipunut. Tämän vuoksi jatkohoitopalveluiden, psykoterapian, hoidollisesti tuettujen asuntopalveluiden ja kuntoutuspalveluiden kehittäminen on keskeisessä asemassa psykiatrisen palvelujärjestelmän parantamisessa.

Kirjallisuus

- Hukkanen R. Psychosocial problems of children placed in children's homes. Turun yliopiston julkaisusarja, sarja D. 2002. Väitöskirja.
- Anttonen S. Sijoitettu lapsi/nuori – vailla tarvitsemaansa psykiatrista hoitoa. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja nro 33. 2002
- Punnonen H. Sairaaloiden erikoisläkäriajaj/-pula syyskuussa 2002. Suomen Kuntaliitto 2002.
- Lasten- ja nuorisopsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2000 ja 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2001:11 ja 2002:19
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. Työryhmämuistioita 2003:7
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Työryhmämuistioita 2003:11
- Kauppinen S., Forss A., Taskinen S. Kasvatus- ja perheneuvonta 2002. Stakes, Tilastotiedote 15/2003
- Säkinen S., Kuoppala T. Lastensuojelu 2002. Stakes, Tilastotiedote 16/2003
- Pylkkänen K. ym. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti (painossa).
- Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito: mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Oppaita. STM 2003.
- Piha J: "Tekevätkö lastenpsykiatrit oikeita asioita" Duodecim,24:2477, 2002
-

2.6 Lainsäädännön nykytila

| | |
|---|-----------|
| 2.6.1 Perustuslain säännökset | 55 |
| 2.6.2 Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu | 55 |
| 2.6.3 Potilaan oikeus hoitoon | 57 |
| 2.6.4 Terveystieteiden oikeussuojajärjestelmä | 58 |
| 2.6.5 Sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädäntö ja hoitoon hakeutuminen ulkomaille | 60 |

2.6.1 Perustuslain säännökset

Suomen perustuslaki (731/1999, PL) tuli voimaan maaliskuussa 2000. Perusoikeusuu-
distus tuli kuitenkin voimaan jo elokuussa 1995. Perusoikeudet sisällytettiin sisällöllis-
esti lähes sellaisenaan perustuslakiin, sen 2 luvuksi. Perustuslain 19 §:ään sisältyvä
säännös velvoittaa julkista valtaa turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin sää-
detään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut sekä edistämään väestön terveyttä. Perustus-
lain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumi-
sen. Valtion ja kuntien tulee lainsäädäntötoimin, voimavaroja myöntämällä ja toimin-
nan asianmukaisella järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät
terveyspalvelut.

Perusoikeusuudistuksen yhteydessä korostettiin sitä, että julkisen vallan velvollisuus-
tena on edistää tosiasiallista tasa-arvoa yhteiskunnassa. Terveyspalveluja on annettava
siten, ettei ihmisiä ilman lääketieteellisesti perusteltua syytä aseteta eri asemaan muun
muassa heidän ikänsä, terveydentilansa tai vammaisuutensa perusteella. Erityisesti pi-
detään tärkeänä alueellisen tasa-arvon toteutumista perusoikeuksien toteutumisessa.
Perustuslain yhdenvertaisuussäännös (6 §) rajoittaa myös erilaisuutta kuntien palvelu-
valikoimissa ja niiden järjestämistavoissa. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toi-
minnasta vastaava taho järjestää toiminnan siten, että kaikilla henkilöillä, jotka kuulu-
vat toimijan vastuupiiriin, tulee olla mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein.
Kun sairaanhoitopiirillä on vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä, merkitsee tämä
samalla sitä, että kaikille sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkaille tulee järjestää pal-
velut samojen periaatteiden mukaisesti.

2.6.2 Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu

Kansanterveyslaissa (66/1972, KTL) ja erikoissairaanhoitolaissa (1127/1998, ESHL) on
terveydenhuollon järjestäminen säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu tä-
män julkiselle vallalle säädetyn huolehtimisvelvoitteen toteuttamisesta käytännössä.
Yksityinen terveydenhuolto täydentää julkisia palveluita. Voimassa olevan lainsäädän-
nön mukaan palvelut on eroteltu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon.
Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien lähinnä terveyskeskuksissa järjestämiä

palveluja. Erikoissairaanhoito tapahtuu suuremmissa yksiköissä sairaanhoitopiirien hallinnoimana. Erikoissairaanhoidon osalta vastuu on säädetty sairaanhoitopiirien kuntayhtymille. Sairaanhoitopiirien tulee siten huolehtia perustuslain 19 §:n edellyttämästä erikoissairaanhoidosta.

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa määritellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden velvoitteet ja vastuut. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden sisältö ja laajuus määritellään pääasiassa kansanterveyslain 14 §:ssä ja erikoissairaanhoitolain 1 §:ssä. Kunnan velvollisuuteen järjestää asukkaidensa sairaanhoito kuuluu lääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Järjestämisvelvollisuuteen kuuluu myös velvollisuus järjestää tarvittaessa mahdollisuus erikoislääkärihoitoon sairaanhoitoon.

Kansanterveyslain mukaisia palveluja tai kunnan erikseen päättämiä kansanterveys-työhön kuuluvia tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava terveyskeskus. Suomessa oli vuonna 2002 kaikkiaan 270 terveyskeskusta. Terveyskeskusten toimintaa on kehitetty väestövastuu- tai omalääkärijärjestelmän mukaisesti 1980-luvun loppupuolelta lähtien. Väestövastuinen toiminta edellyttää lääkärin vastaanottotoiminnan, hoitotyön ja sosiaalityön hyvää yhteistyötä ja yhteensovittamista erityisesti vanhustenhuollossa ja vammaisten palveluissa. Kaikissa terveyskeskuksissa on tarkoitus ottaa käyttöön väestövastuinen toimintatapa.

Kansanterveyslaki velvoittaa kunnan ylläpitämään hammashuoltoa, johon luetaan valistus- ja ehkäisytoiminta sekä kunnan asukkaiden hampaiden tutkimus ja hoito (KTL 14 §). Kunnallisen hammashuollon tavoitteena on koko väestön suun terveyden parantaminen ja terveystarpeen mukaisten suun terveydenhuollon palvelujen antaminen koko väestölle. Joulukuusta 2002 lähtien hammashoitoon pääsyä ei voida rajoittaa iän perusteella, joten hoito on järjestettävä kunnan asukkaille ilman ikärajoituksia. Uudistusta valmisteltaessa arvioitiin, että yksityissektorin potilaat jatkavat pääsääntöisesti aikaisemmin syntyneitä hoitosuhteita. Kunnallisen hammashoidon laajennus arvioitiin ainakin osittain voitavan toteuttaa ostamalla palveluja yksityisiltä. Sairausvakuutuslain (364/1963) 5 b §:n (1202/2000) lisäyksellä laajennettiin hammashuollon sairausvakuutuskorvauksia joulukuusta 2002 lähtien kaikkiin ikäryhmiin.

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirejä on 20 ja lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Vuoden 2000 alussa voimaan tulleen erikoissairaanhoitolain muutoksen jälkeen kunta voi itse päättää siitä, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala. Näistä viisi on erityistason sairaanhoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita (Helsinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio). Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Sairaanhoitopiirin sairaaloita käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon (ESHL 30 §). Poikkeuksena ovat erityistason sairaanhoito ja muut mahdolliset sopimuksenvaaraiset järjestelyt. Kuitenkin korkeakoulujen ja muiden oppilaitosten oppilaille opiskelun vuoksi toisen sairaanhoitopiirin alueella tapahtuvan oleskelun aikana sairaanhoitoa annetaan tämän sairaanhoitopiirin sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Sama koskee myös työnsä vuoksi vieraalla paikkakunnalla oleskelevia tai kun muu seikka välttämättä vaatii sairaanhoidon antamista toisessa sairaanhoitopiirissä.

Kansanterveyslaki (KTL 27 §) edellyttää, että kunta on kansanterveystyötä suunnitellessaan ja kehittäessään yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Erikoissai-

raanhoitolaissa (ESHL 10 §) puolestaan säädetään, että sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta, suunnitella ja kehittää yhteistyössä terveyskeskusten kanssa erikoissairaanhoitoa siten, että muodostuu kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen kokonaisuus. Lisäksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee olla alueensa kuntien sosiaalilautakuntien kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuvat, kun ne järjestävät palvelut. Kuntien on järjestettävä lain mukaan perusterveydenhuoltoa (sairaanhoitoa, mielenterveyspalveluita, hammashuoltoa, sairaankuljetusta ym.) ja erikoissairaanhoitoa. Kunnan on osoitettava voimavaroja niihin palveluihin, joita sen on lain mukaan järjestettävä, mutta sillä on harkintavaltaa siinä, mihin se voimavaransa kohdentaa, kuitenkin rikkomatta perustuslain yhdenvertaisuusvaatimusta. Kunta voi myös päättää, miten se palvelut järjestää. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista annetun lain (733/1992, STVOL) mukaan kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kanssa tai ostamalla niitä muilta kunnilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta (STVOL 4 §).

STVOL:n myötä siirryttiin resurssiohjauksesta kuntien itsehallinnolliseen tulosvastuuseen. Terveydenhuollon peruslaeissa säädetystä järjestämisvastuusta todetaan STVOL:ssa, että kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (3 §). Valtionosuusuudistuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena oli lisätä kunnallista itsehallintoa. Tämä merkitsee muun muassa kunnan asukkaiden oikeutta ja vapautta päättää palvelujen painotuksista ja asukkaiden tarpeiden huomioon ottamisesta haluamallaan tavalla, kuitenkin lainsäädännön asettamissa rajoissa. Samalla, kun uusi järjestelmä on tuonut joustavuutta, se on aiheuttanut myös sen, että joihinkin lainsäädännön edellyttämiin palveluihin eivät kaikki kunnat olekaan osoittaneet voimavaroja.

Kunnan peruspalvelujen lainmukaisuutta ja tuloksellisuutta arvioidaan monin eri tavoin ja eri näkökulmista. Valtion taholta laillisuusvalvontaa tekevät lääninhallitukset. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan perusturvalautakunnan tarkoitus on puolestaan seurata ja arvioida, vastaavatko kunnan välttämättömät peruspalvelut maassa yleisesti hyväksyttyä tasoa.

2.6.3 Potilaan oikeus hoitoon

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (784/1992, potilaslaki) sisältää säännökset potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvistä keskeisistä periaatteista. Laki korostaa potilaan aktiivista osallistumista, potilaan itsemääräämisoikeutta sekä hänen oikeuttaan hoitoon ja tiedonsaantiin. Potilaslakia sovelletaan potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä, jollei muussa laissa toisin (1 §) säädetä. Potilaslaki on toisaalta kaikkea terveydenhuoltoa koskeva yleislaki, toisaalta erityislaki ja vielä muita lakeja täydentävä laki.

Terveyden- ja sairaanhoito on potilaslaissa (2 §:n 2 kohta) määritelty yksilön terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviksi toimenpiteiksi, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä.

Potilaslain 3 §:ssä säädetään potilaan oikeudesta ilman syrjintää saada hänen terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Säännöksessä on kysymys toisaalta oikeudesta

terveydentilan vaatimaan ja toisaalta sen rajaamaan hoitoon, jonka toteutuminen riippuu terveydenhuollon kulloisistakin voimavaroista. Julkisen terveydenhuollon osalta oikeuden toteutumista määrittävät terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisvelvollisuutta koskevat säännökset. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 22 §:n mukaan hoidon tarpeen määrittelee lääkäri, joka päättää tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Potilaan terveydentilasta johtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin.

Potilaslain 4 §:ssä määritellään potilaan hoitoon pääsyn yleiset edellytykset. Potilasta hoidetaan ensisijaisesti hänen oman kotikuntansa terveyskeskuksessa ja sen sairaanhoitopiirin sairaalassa, johon potilaan kotikunta kuuluu. Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto. Potilaslaki ei tuonut potilaalle uudenlaista sisällöllistä oikeutta hoitoon eikä myöskään valitusoikeutta hoitopäätöksiin. Potilasta on kuitenkin informoitava jonotusajasta.

Terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta koskeva lainsäädäntö on puitelainsäädäntöä, jossa järjestämisvelvoitteet on jossain määrin säädetty yleisellä tasolla niin, ettei sen perusteella voida yksiselitteisesti määritellä toiminnan laajuutta tai sisältöä. Tosin aivan viime vuosina on pyritty myös aikaisempaa yksityiskohtaisemmin määrittelemään, mitä hoitoa ja missä ajassa lainsäädäntö edellyttää hoitoa järjestettävän, tästä esimerkkinä voidaan todeta lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, joista säädettiin mielenterveysasetuksen muutoksella (1282/2000). Asetuksessa on määritelty tietyt enimmäisajat, joiden kuluessa tutkimus ja hoito on järjestettävä (6 a §). Asetuksessa säänneltiin myös hoidossa tarpeellisten tietojen vaihdon parantamisesta silloin, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen ja alueellisen yhteistyön lisäämisestä.

Mielenterveysasetuksen 6 a §:ssä säädetään tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista silloin, kun lapsi tai nuori on saanut lääkärin läheteen psykiatrisen erikoissairanhoidon tarpeen arviointiin tai hänellä on todettu tällaisen arvioinnin perusteella hoidon tarve. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaalaan tai muuhun erikoissairanhoidon yksikköön taikka sitä vastaavaan yksikköön. Määräaika on enimmäisaika. Mikäli lapsi tai nuori on kiireellisen hoidon tarpeessa, tulee asia ratkaista päivystysluonteisesti. Jos arvioinnissa lapsen tai nuoren todetaan tarvitsevan hoitoa, se on aloitettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun selvitys on tehty. Hoitoon pääsyn ajankohdan tulee kuitenkin määräytyä hoidon edellyttämän kiireellisuuden perusteella ja tarvittaessa hoito on aloitettava välittömästi.

2.6.4 Terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmä

Terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmä kehitettiin Suomessa 1980- ja 1990-luvuilla. Potilasvahinkolailla (585/1986) luotiin potilaan suojaksi kattava vakuutusjärjestelmä hoitovahinkojen varalle. Lain eräänä tärkeänä tavoitteena oli varjella hoitosuhdetta potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön keskinäisiltä oikeudenkäynneiltä. Potilasvahinkolain perusteella suoritetaan korvausta terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneesta henkilövahingosta ns. "no fault" -periaatteen (ilman tuottamusta) mukaisesti. Terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavilla on oltava vakuutus potilasvahinkolain mukaisen vastuun varalta. Potilaan korvausvaatimus osoite-

taan potilasvakuutuskeskukselle, jonka päätöksen voi saattaa potilasvahinkolautakunnalle lausuntoa varten. Potilaalle aiheutunutta vahinkoa ei tarvitse näyttää hoitovirheen seuraukseksi.

Potilaan oikeussuojan kannalta kolmas tärkeä elementti potilaslain ja potilasvahinkojen korvausjärjestelmän lisäksi on asiantunteva ja ammattitaitoinen terveydenhuollon henkilöstö. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994, ammattihenkilölaki) 1 §:n mukaan lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Terveydenhuollon ammattien harjoittamista rajoitetaan laillistamis- ja rekisteröintijärjestelmillä.

Lain tarkoituksen toteutuminen edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Lisäksi lain tarkoitusta toteutetaan järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta ja helpottamalla ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Keskeinen säännös on se, että ainoastaan laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri saa päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta (22 §).

Potilaan ollessa kiireellisen hoidon tarpeessa kuntien ylläpitämän terveydenhuoltojärjestelmän on aina annettava hoitoa potilaalle kotikunnasta riippumatta. Myös kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia antamaan apua kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle (KTL 14 § 1 mom. 10 k, ESHL 30 § 2 mom., Ammattihenkilöl 15 § 3 mom.) Kiireellisen hoidon tilanteissa ei siis selvitetä, mikä kunta on viime kädessä velvollinen hoidon kustantamaan vaan hoitoa annetaan hoidon tarpeen mukaisesti.

Potilaan käytettävissä on monipuolinen oikeussuojajärjestelmä, johon kuuluu potilasvahinkojen korvausmenettelyn lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden rikosoikeudellinen, vahingonkorvausoikeudellinen ja kurinpidollinen vastuu, erityinen ammattihenkilölaissa säädetty valvonta- ja sanktiojärjestelmä sekä mahdollisuus tehdä hallintokanteluja virkatoiminnasta. Tähän kokonaisuuteen liittyy potilaan mahdollisuus tuomioistuimessa vaatia kuntaa tai kuntayhtymää täyttämään niiden lakisääteisen velvollisuuden järjestää hoitoa.

Potilaslaissa täsmennettiin potilaan mahdollisuutta saattaa hoitoansa ja kohteluaan koskevia ratkaisuja ja muita ongelmia hoito-organisaation sisällä uuteen arviointiin muistutusmenettelyssä. Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tyytymätön potilas voi tehdä muistutuksen terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Tällaiseen muistutukseen on annettava ratkaisu kohtuullisessa ajassa (10 §). Koska muistutus kohdistuu lähinnä hoidon järjestämiseen, johtajana toimiva esimieslääkärillä on mahdollisuus toimivaltansa nojalla vaikuttaa tilanteen muuttamiseksi, jos muistutus antaa siihen aiheen. Muistutukseen annettuun päätökseen ei voida hakea muutosta valittamalla (15 §).

Jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköllä tulee myös olla potilasasiamies, jonka tehtävänä on avustaa potilasta näiden oikeusturvakeinojen käyttämisessä (11 §).

Terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmän ydin on hoitosuhde, jossa tulee antaa laadukasta, oikea-aikaista ja lääketieteellisesti perusteltua hoitoa ja jossa osapuolilla on edellytykset ottaa potilaan oikeusasema huomioon. Potilaslain, potilasvahinkolain ja ammattihenkilölain tarkoituksena on edistää potilaan ja lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön välistä suhdetta tavoitteena yhteisymmärryksessä toteutettava hoito.

Lääkärin hoitoratkaisut eivät ole valituskelpoisia hallintopäätöksiä. Kuitenkin niissä tapauksissa, joissa hoitoa ei ole järjestetty sitä tarvitsevalle, vaikka palvelun järjestämiseen on lakiin perustuva velvoite, asia voidaan viedä tuomioistuimen ratkaistavaksi. Esimerkiksi jos lääkäri on evännyt potilaalta osoituksen ostaa palvelu yksityiseltä tai

korvauksen potilaan omatoimisesti hankkimasta ja itse maksamastaan palvelusta, asia voidaan viedä hallintoriita-asiana ensin hallinto-oikeuden ja sen jälkeen korkeimman hallinto-oikeuden ratkaistavaksi.

Korkein hallinto-oikeus on oikeuskäytännössään vuodesta 1997 lukien johdonmukaisesti vahvistanut sen, että lääkärin hoitoratkaisut eivät ole valituskelpoisia. Hoitoon ottamatta jättäminen tai terveydentilaan nähden liian pitkät jonot voivat kuitenkin merkitä sitä, että kunta ei ole asianmukaisesti täyttänyt julkisoikeudellista velvollisuuttaan. Oikeudellisesti arvioitavaksi voivat siten hallintoriitana tulla kunnan velvollisuus huolehtia tietyn terveyspalvelun järjestämisestä tai kunnan maksuvelvollisuus.

Perustuslain 22 §:ssä säädettyä turvaamisvelvollisuudella on merkitystä täsmennettäessä perusoikeussäännösten oikeusvaikutuksia tuomioistuinlaitoksessa ja hallinnossa. Erityisesti perustuslakivaliokunta korosti mietinnössään tuomioistuinten velvollisuutta perusoikeusmyönteiseen tulkintaan, jolla mahdollinen ristiriita perusoikeussäännöksen ja tavallisen lain soveltamisratkaisun välillä tulee pyrkiä välttämään. Tuomioistuinten ja hallintoviranomaisten on valittava lain perusteltavissa olevista tulkintavaihtoehdoista se, joka parhaiten edistää perusoikeuksien tarkoituksenmukaista toteutumista ja joka ehkäisee ristiriidan perustuslain kanssa (PeVM 25/1994 vp, s.4). Vaikka perustuslakivaliokunnan mietinnössä perusoikeusmyönteisen tulkinnan velvollisuutta korostettiin nimenomaan tuomioistuinlaitoksen yhteydessä, esitetyt perustelut pätevät myös hallintoviranomaisiin (Tuori kirjassa Perusoikeudet, s. 669).

2.6.5 Sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädäntö ja hoitoon hakeutuminen ulkomaille

EU:ssa liikkuvien henkilöiden oikeutta sosiaaliturvaan sääntelee asetus, joka sovittaa yhteen kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä (Neuvoston asetus ETY N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuvien palkattuihin työntekijöiden, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä sekä sen täytäntöönpanoasetus 574/72). Asetuksen sairausmääräykset koskevat Suomen julkisia terveydenhuoltopalveluja, sairausvakuutusta ja kuntoutusta. Asetusta sovelletaan EU-maiden lisäksi ETA-maissa. Yleensä henkilö kuuluu asuinmaastaan riippumatta sen valtion lainsäädännön alaisuuteen, missä hän työskentelee. Asetuksen määräysten piiriin kuuluvat periaatteessa kaikki Suomen lainsäädännön mukaiset terveyspalvelut, kuten avosairaanhoito, hammashuolto ja sairaalapalvelut.

Suomessa asuva potilas voi hakeutua hoitoon Suomen ulkopuolelle ja muista maista on mahdollista hakeutua hoitoon Suomeen. Tällainen omaehtoinen hoitoon hakeutuminen tapahtuu potilaan omalla kustannuksella ja vastuulla. Eräissä tapauksissa potilas voi hakeutua hoitoon tai hänet voidaan lähettää hoitoon toiseen maahan myös julkisen palvelujärjestelmän kustannuksella. Sosiaaliturva-asetus sisältää säännökset toiseen maahan hoitoon hakeutumisesta.

3 Hoidon saatavuuden turvaaminen toimintaprosesseja muuttamalla

- 3.1 Hoitoon pääsyn turvaaminen perusterveydenhuollossa**
 - 3.2 Hoitoon pääsy sosiaali- ja terveydenhuollon saumakohdissa**
 - 3.3 Suun terveydenhuolto**
 - 3.4 Mielenterveyspalvelut**
-

3.1 Hoitoon pääsyn turvaaminen perusterveydenhuollossa

| | |
|--|-----------|
| 3.1.1 Perusterveydenhuollon erityispiirteitä | 62 |
| Omaehtoinen hoitoon hakeutuminen | 63 |
| Hoitohenkilökunnan itsenäinen työ | 63 |
| Terveyskeskuksen vuodeosasto | 64 |
| Perusterveydenhuollon asema hoitoketjun keskellä | 64 |
| 3.1.2 Terveyskeskustasoisien hoidon tarpeen arviointi ja sen ongelmat | 64 |
| Hoidon tarpeen arviointi väestötasolla | 64 |
| Hoidon tarpeen arviointi yksilötasolla | 65 |
| Hoidon saatavuuden mittaaminen | 65 |
| 3.1.3 Hoitoon pääsyn hallinta | 66 |
| Keskitetty puhelin- ja neuvontapalvelu | 67 |
| Tehtävien järjestäminen uudelleen | 67 |
| Verkkopalvelut | 68 |
| Open access | 69 |
| Työvoiman saatavuuden ja pysyvyyden turvaaminen | 69 |
| 3.1.4 Toimenpide-ehdotukset perusterveydenhuollossa | 70 |

Perusterveydenhuollossa jonotusta olennaisempia väestön terveydentilaan vaikuttavia asioita ovat kroonisten kansansairauksien hoito ja ehkäisevän kansanterveystyön kehittäminen. Näiden tehtävien laiminlyönti tai puutteellinen hoitaminen aiheuttaa pitkällä aikavälillä merkittävän lisärasitteen erikoissairaanhoidolle ja yhteiskunnan maksukyvyille.

3.1.1 Perusterveydenhuollon erityispiirteitä

Kunta on lainsäädäntömme perusteella vastuussa omien asukkaidensa kaikesta sairaanhoidosta ja kaikkien vastaanotolle hakeutuvien potilaiden kiireellisestä hoidosta. Kunnan velvollisuudesta ei kuitenkaan säädetä yksityiskohtaisesti, vaan sille on haluttu jättää harkintavaltaa. Kunnan järjestämisvastuulle kuuluvissa tehtävissä on kysymys peruspalveluista, joiden saatavuus julkisen terveydenhuollon on joka tapauksessa turvattava.

Perusterveydenhuollossa potilaita ei voida rajata palvelujen ulkopuolelle iän, sukupuolen, sairauden laadun tai vaikeusasteen tai muun tämänkaltaisen seikan perusteella. Tämä tuo mukanaan suuren haasteen ehkäisevälle terveydenhuollolle ja potilaiden ohjaukselle ja neuvonnalle. Kokonaisuuden hallinta nousee huomattavasti merkittävämmäksi asiaksi kuin jonkin osa-alueen syvälinen lääketieteellinen osaaminen. Perusterveydenhuollossa on erityisen tärkeää osata ohjata potilas oikeaan aikaan oikealle hoidon tasolle.

Omaehtoinen hoitoon hakeutuminen

Hoitoon hakeutuminen perusterveydenhuollossa eroaa vastaavasta tilanteesta erikoissairaanhoidossa, jossa hoidon tarpeen objektiivisena mittarina voidaan pitää lääkärin laatimaa lähetettä. Perusterveydenhuollon potilas päättää itse hoitoon hakeutumisensa tarpeellisuudesta ja ajankohdasta. Kontaktin synnyttyä terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä on arvioida avun tarve, kiireellisyys ja jatkotoimenpiteet. Perusterveydenhuollossa ei myöskään ole hoitotasoa, jolle potilaan voisi palauttaa silloin, kun hän ei ole ammattihenkilön mielestä hoidon tarpeessa, vaan tilanne palautuu takaisin potilaan omista lähtökohdista käynnistyväksi.

Potilas ei ole yleensä saanut lääketieteellistä koulutusta, vaan hän toimii oman loogiikkansa mukaisesti oman kokemusmaailmansa perusteella eikä häntä kovinkaan paljoa voida ohjata hallinnollisilla määräyksillä tai ohjeistuksilla. Lääketieteen kehittyminen on tuonut aikaisemmin hyvinkin vähäpätöisinä pidettyjä vaivoja hoidon piiriin ja potilaat ovat nykyään varsin hyvin tietoisia hoitomahdollisuuksista samoin kuin oikeuksistaan. Potilaan oma tilanteenhallintakyky (coping) määrääkin monissa tapauksissa hoitoon hakeutumisen kynnyksen. Esimerkiksi kyvyttömyys selviytyä elämään liittyvistä pienistä ongelmista omin voimin saattaa ilmetä yhteydenottoina perusterveydenhuoltoon.

Hoitohenkilökunnan itsenäinen työ

Terveyskeskuksissa työskentelevä hoitohenkilökunta tekee osana omaa työtään terveydentilan arviointeja niin puhelimessa kuin vastaanotoilla. Terveystenhoitajat ja sairaanhoitajat kodeissa, neuvoloissa, terveysasemilla ja työterveydenhuollossa auttavat ja neuvovat potilaita terveyden- ja sairaanhoidon pulmatilanteissa. Kaikista kuntalaskutettavista avohoitokäynneistä vajaa puolet kertyy erityyppisiltä hoitajien vastaanotoilta. Asiakastytyväisyystutkimusten mukaan hoitajien vastaanotolla käyneet potilaat ovat olleet tyytyväisiä niin saamaansa kohteluun kuin hoitajien asiantunteemukseen ja tiedon kulkuunkin.

Hoitajakäynnit on mahdollista luokitella puhelimessa tapahtuviin ohjaus- ja neuvontapalveluihin ja ilman ajanvarausta tapahtuviin ensiapu/päivystyskäynnteihin sekä ajanvarauksella tapahtuviin käynnteihin (uusinta- ja seurantakäynnit). Esimerkiksi Riihimäen seudun terveystakesuksen kuntayhtymän terveysasemien vuoden 2002 hoitoisuusseurantatietojen mukaan puhelinkonsultaatioista (20 % kaikista hoitajakäynneistä) vajaa 70 % sisälsi yksittäisen, merkitykseltään vähäisen ja rajatun terveysongelman selvittelyä ja jatkohoidon ohjeistamista. Aikaa vievien, monimutkaisten ja erityisosaamista vaativien puhelinkonsultaatioiden osuus oli vajaa 10 % kaikista puhelinkonsultaatioista.

Terveystasemalle hakeutuneiden käynneistä vajaa puolet hoitajakäynneistä on luonteeltaan lyhytkestoisia (15 - 30 min) seurantakäyntejä, esimerkiksi ompeleiden poistoa, rokotuksia, seurantatutkimuksia ja neuvontaa. Kolmannes käynneistä koostuu päivystysluonteisista ja ilman ajanvarausta tapahtuvista käynneistä, kuten pienten tapaturmien ensiavusta, sokeritautipotilaan hoitotasapainon selvittelystä tai sairauslomatodistusten kirjoittamisesta. Vajaa viidennes käynneistä on yli 30 min kestäviä, monimutkaisten terveysongelmien selvittelyä. Peruspalvelujen arviointiraportin mukaan syksyllä 2002 yhdeksän terveystakeskusta kymmenestä tarjosi hoitajan ajanvarausvastaanottoa (Pääatalo ym. 2003).

Terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat työskentelevät usein sellaisten terveydellisten kysymysten parissa, jotka yksilö tai perhe ratkaisisivat itse, jos heillä olisi siihen tietoa tai kykyä. Koska nykyiset henkilöstöresurssit eivät riitä tuottamaan rajattomasti ter-

veyspalveluja, hoitajien keskinäisellä työnjaolla sekä lähipalvelutiimin joustavalla työnjaolla on ratkaiseva merkitys kysynnän hallitsemisessa. Terveystenhoitajien työ neuvoloissa ja kouluissa on perinteisesti kohdistunut äiteihin, lapsiin ja nuoriin, kun taas terveysasemien sairaanhoitajien toiminta työikäisiin ja yhä enenevässä määrin myös ikäihmisiin. Kodeissa sairaanhoitajat työskentelevät ikäihmisten parissa. Tulevaisuudessa olisi nykyistä paremmin tunnistettava nimetyn vastuuväestön terveysongelmat ja suunnattava sekä ehkäisevää, että hoitavaa toimintaa erityisesti siihen väestöosaan, jonka terveysongelmat ovat suurimmat ja joihin terveydenhuollon toimenpitein ylipäättään voidaan vaikuttaa.

Terveyskeskuksen vuodeosasto

Terveyskeskusten vuodeosastoilla annetaan yleislääketieteen erikoisalan mukaista sairaanhoitoa, joita osa terveyskeskuksista on täydentänyt mm. geriatrian ja sisätautien osaamisella. Kansanterveyslain 17 § mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää, järjestetäänkö potilaan sairaanhoito avosairaanhoitona, kotisairaanhoito mukaan luetuna vai ottamalla potilas terveyskeskuksen sairaansijalle hoidettavaksi. Vuosittain kerättävät laitoshoidon hoitoilmoitustiedot osoittavat, että kaksi kolmasosaa terveyskeskuksen vuodeosaston potilaista tulee kotoa tai siihen rinnastettavasta paikasta. Vuosien kuluessa erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirtyvien potilaiden osuus on kuitenkin jatkuvasti lisääntynyt.

Terveyskeskusten vuodeosastojen asema osana potilaan hoitoketjua vaihtelee eri osissa maata. Joillain alueilla, erityisesti siellä missä etäisyydet sairaaloihin ovat pitkiä, on toiminta kehittynyt paikallissairaalan suuntaan. Toisaalta osa vuodeosastoista on suuntautunut kotona selviytymistä tukevaan kuntoutus- ja intervallihoidon kiinteässä yhteydessä kotisairaanhoitoon. Joillain alueilla vuodeosastot toimivat muita palveluja korvaavina vanhusten pitkäaikaishoitolaitoksina. Hoitoon pääsyyn liittyvien toimintamallien uudistuessa tulee terveyskeskusten vuodeosaston rooli osana palveluketjua määritellä siten, että se kullakin alueella parhaiten tukee hoitoon pääsyn periaatteiden toteutumista.

Perusterveydenhuollon asema hoitoketjun keskellä

Perusterveydenhuolto on keskeinen toimija sekä vertikaalisissa että horisontaalisissa hoitoketjuissa ja ongelmat sen toiminnassa heijastuvat helposti sekä erikoissairaanhoitoon että kuntatason yhteistyöhön. Vertikaalinen ketju erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon kautta ruohonjuuritason työntekijään on käytännössä perusterveydenhuollon toimivuuden varassa. Erikoissairaanhoidon yhteys kotiin annettuihin palveluihin on varsin satunnaista ja erikoisalasta ja sen perinteestä riippuvaista. Horisontaalisissa hoitoketjuissa perusterveydenhuolto on myöskin avainasemassa hoidon tarpeen arvioijana ja viranomaistehtävien suorittajana.

3.1.2 Terveyskeskustasoisen hoidon tarpeen arviointi ja sen ongelmat

Hoidon tarpeen arviointi väestötasolla

Terveyspalvelujen tarpeen arviointi kuuluu niin palvelujen tason kuin saatavuudenkin osalta kunnalle. Väestövastuisessa toimintamallissa kunnan tai kuntayhtymän väestö on suuremmissa kunnissa jaettu yleensä terveysaseman ympärille sijoittuviin väestövas-

tuusoluihin (n. 7.500 – 10.000 asukasta/solu). Objektiivisen, ympäristön määrittämän, hoidon tarpeen arvioimiseksi on tarpeellista tietää sekä kunnan, että yleensä sitä pienemmän, väestövastuusolun asukkaiden demografiset tiedot ja niissä tapahtuneet muutokset, sosioekonominen rakenne sekä elinkeinorakenne ja siinä tapahtuneet muutokset. Lisäksi terveysuunnittelun ja työnjaon pohjaksi tarvitaan tietoa alueen väestön terveysstatuksesta (Fos ym. 1999). Tällaista tietoa on saatavilla vain vähän. Sen sijaan palvelujen käyttötietoa on runsaasti tarjolla jo nykyisin.

Väestötason hoidon tarpeen arvioimiseksi ei ole olemassa yhtenäisiä valtakunnallisia periaatteita tai ohjeita. Tästä syystä valtakunnallisten tutkimusyksiköiden tai terveyskeskusten itse tuottama tieto on hajanaista, enintään kuntatasolle ulottuvaa tietoa. Painopiste on yleensä palvelujen käyttötilastoissa, eikä palvelujen tarpeen arvioinnissa. Näin osittain varmasti sen vuoksi, että nykyiset sairaalatietojärjestelmät painottuvat ammattihenkilökunnan toimintoihin, eivätkä potilaiden tai alueen väestön terveyden muutoksiin.

Terveydenhuollon tiedonkeruun perimmäisenä tavoitteena tulisi olla tuottaa tietoa kuntalaisten, perheiden ja väestön terveydestä ja siinä tapahtuvista muutoksista. Painopisteen toivoisi olevan tarvelähtöinen pikemminkin kuin palvelulähtöinen. Kunta-kohtainen, useamman muuttujan suhteen indeksoitu, tieto olisi hyödyllinen terveysuunnittelun pohjana (Tuomola ym. 1999, Fos ym. 1999). Lisäksi se mahdollistaisi valtakunnallisen terveyskeskusten välisen vertailun nykyisin sairaanhoitopiirien toiminnan välisen vertailun tapaan. Tietojärjestelmien tuottaman tiedon rinnalla hyödyllinen on aina myös työntekijöiden työssään keräämä tieto nimetyn vastuuväestön asenteista, elämäntavoista ja terveyspalvelujen käyttötottumuksista. Maassa tulisikin sopia väestöä koskevien sairastavuus- ja tarvetietojen keräämisen yhtenäisistä menettelytavoista ja vähimmäistasosta.

Hoidon tarpeen arviointi yksilötasolla

Yksilötasolla hoidon tarpeen arviointi on aina ongelmallista. Aika ajoin on nostettu esiin keskustelua turhista käynneistä ja terveydenhuollon kuormittumisesta niiden seurauksena. Vastaanottokäynnin määrittäminen turhaksi on ristiriitainen tehtävä. Potilas hakeutuu oman ajattelunsa tai oppimansa käyttäytymismallin tuloksena vastaanotolle, jossa hänelle ei välttämättä tehdä mitään tutkimuksia tai toimenpiteitä. Mutta jos potilas saa vastauksen häntä askarruttaneeseen kysymykseen, käynti ei ole ollut potilaan kannalta turha. Sen sijaan tilanne, jossa sekä potilas että lääkäri tietävät, mitä pitäisi tehdä, mutta kumpikaan ei tee, saattaaakin olla jo paljon lähempänä turhaa käyntiä.

On suhteellisen helppoa asettaa kriteereitä, joilla jotakin palvelua saa tai jolla jokin etuus tulee mahdolliseksi. Kun kriteerejä aletaan soveltaa potilaaseen, joka on vastaanotolla läsnä vaivoinen ja oireinen, ratkaisun tekeminen muuttuukin mutkikkaammaksi. Potilaan subjektiivinen kokemus ja vaatimukset joudutaan punnitsemaan annettuja kriteerejä vastaan. Kun lääketieteessä lähes mikään totuus ei ole ehdoton, vaan joudutaan punnitsemaan todennäköisyyksiä, seurauksena saattaa olla kriteerin luova soveltaminen käytäntöön ja siitä johtuva kirjava käytäntö eri puolilla maata.

Hoidon saatavuuden mittaaminen

Perusterveydenhuollossa potilas päättää itse omasta yhteydenottotarpeestaan terveydenhuoltoon. Yhteydenotto voi tapahtua eri tavoin: Henkilökohtaisesti käymällä, puhelimitse, postin, tai internetin välityksellä. Yhteydenotto saattaa johtaa asian välittömään hoitamiseen tai vastaanottoajan varaamiseen tulevaan ajankohtaan. Suomessa ei

ole sovittu yhtenäisestä menettelystä, miten potilaan yhteydenottoajankohta kirjataan. Tämä on ongelmallista sekä potilaan että terveydenhuollon ammattihenkilön oikeusturvan kannalta. Systemaattisen kirjaamisen puute estää nykyisellään perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden mittaamisen, mikä olisi tärkeää kaikkien osapuolten kannalta.

Jos hoidon saatavuudelle asetetaan määräajat, on niitä myös pystyttävä hallinnollisten tarpeiden sekä potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön oikeusturvan vuoksi luotettavasti ja yhdenmukaisesti mittaamaan. Yhteydenottoajankohdan systemaattisen kirjaamisen tulisi tapahtua automaattisena taustatoimintana, jolloin odotusajan mittari syntyisi itsestään. Tällä hetkellä perusterveydenhuollon tietojärjestelmissä ei ole valmiina tällaista toimintoa, mutta ajanvarauksen tekemisestä jäänee aikaleima järjestelmään tai se on ainakin teknisesti mahdollista. Manuaalisissa järjestelmissä asian selvittäminen on käytännössä mahdollista vain otoksen perusteella.

Ruotsissa mitataan perusterveydenhuollon jonotusaikoja valtion rahoittamassa projektissa, jossa tähän mennessä mittausta on tehty kahdesti: 25.10.02 ja 15.3.03. Ruotsin mallissa tietynä päivänä vastaanotoille tulevilta potilailta kysytään, miten ja koska he ottivat yhteyttä päästäkseen hoitoon. Tulokset julkaistaan maakäräjien internetsivuilla. Tulosten ei ole todettu täysin mittaavan Ruotsissa käytössä olevan hoitotakuun toteutumista, koska mittausta ei erottele potilaan omasta toiveesta aiheutuvaa pidempää odotusaikaa. Toisaalta kysely ei lainkaan tavoita potilaita, jotka eivät ole onnistuneet saamaan aikaa terveyskeskukseen.

Pääsyä lääkärin tai hoitajan ajanvarausvastaanotolle voidaan melko hyvin seurata tilastotoimilla säännöllisesti, monenko päivän kuluttua löytyy ensimmäinen vapaa aika, jonka potilas voisi itselleen varata. Tämä mittari toimii tietenkin vain, mikäli aikojen antamista ei rajoiteta.

Potilaita palvelevan puhelimen toimintaa voidaan helposti mitata esimerkiksi laske-malla läpi päässeiden puhelujen osuus. Näin voidaan todentaa potilaan mahdollisuus saada yhteys hoitopaikkaan sekä päästään arvioimaan nk kirjautumatonta kysyntää (soittajat, jotka eivät pääse läpi).

Mikäli hoidon saatavuudelle asetetaan juridiset määräajat, on seurannan oltava tarkempi ja luotettavampi, kuin nykyään käytössä olevat menetelmät. Tietojärjestelmiin perustuva automaattinen yhteydenottoajankohdan kirjautuminen voisi olla tällainen menetelmä.

3.1.3 Hoitoon pääsyn hallinta

Valtioneuvoston 11.4.2002 tekemän periaatepäätöksen mukaisesti tavoitteena on, että pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvioon turvataan kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta. Työryhmän käsityksen mukaan ensiarvio voi olla myös terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa tapahtuva vuorovaikutteinen puhelinkontakti, jossa sovitaan menettelystä potilaan ongelman hoitamiseksi. Vastaanottoavustajan tai hoitajan puhelimesta antamaa ilmoitusta siitä, että vastaanottoaikoja ei ole tarjolla moneen viikkoon, ei kuitenkaan voida pitää periaatepäätöksen tarkoittamana ensiarviona. Toisaalta on muistettava, että suuri osa potilaista ei suinkaan tarvitse kontaktia terveydenhuoltohenkilöstöön kolmen vuorokauden kuluessa yhteydenotosta.

Suurin osa potilaiden omasta aloitteesta tapahtuvista yhteydenotoista terveydenhuoltoon tapahtuu puhelimitse. Tutkimus- ja hoitoprosessi alkaa tästä kontaktista ja

ohjautuu pitkälti sen mukaan, minne potilasta ensimmäisenä kuunteleva henkilö hänet ohjaa. Ei ole ollenkaan samantekevää, minkälainen koulutus tai työkokemus tällä henkilöllä on. Jos puhelimeen vastaa henkilö, jolla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta tai kokemusta tämänkaltaisesta työstä, hän joutuu ohjaamaan puhelun lääkäriille tai sairaanhoitajalle, joka sitten vastaa muun kiireensä keskellä kykenemättä aina paneutumaan riittävästi kysyjän ongelmaan. Pahimmassa tapauksessa tällaisiin puheluihin vastataan hajautetusti vuodeosastoilla ja poliklinikoilla ja kukaan vastaajista ei koe asian kuuluvan juuri hänen hoidettavakseen ja asia aiheuttaa katkoksia ja keskeytyksiä potilastyöhön.

Keskitetty puhelin- ja neuvontapalvelu

Yksi osaratkaisu asiaan on puhelimitse tapahtuva keskitetty palveluohjaus, jossa tähän asiaan varattu ja erityisesti koulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö kuuntelee potilaan ongelman ja ohjaa hänet oikeantasoiseen hoitoon oikea-aikaisesti ja tarvittaessa antaa hoito-ohjeet puhelimesta. Palvelun tulisi olla saatavissa tutuista puhelinnumeroista sekä virka-ajan ei-kiireellisiä asioita varten, että päivystysaikana kiireellisten asioiden hoitamista varten.

Tämäntyyppinen toiminta ajanvarauksineen voidaan nykytekniikalla tarvittaessa mainiosti irrottaa jostain tietystä fyysisestä osoitteesta. Yhdeksi laatuksiteriksi voitaisiin asettaa esimerkiksi puheluun vastaaminen tietyn sekuntimäärän kuluessa. Parhaimmillaan toiminta voisi olla palvelua, jossa samasta puhelinnumerosta voitaisiin antaa neuvontaa ja palveluohjausta sekä hoitaa ajanvaraukset. Yhteistyötä yksityissektorin kanssa olisi myös mahdollista kehittää, mikäli potilaalle voidaan turvata aito mahdollisuus valita saatavilla olevien julkisten palvelujen ja yksityisten palvelujen kesken. Puhelinneuvonta on huomattavasti tehokkaampaa, mikäli ammattihenkilöllä on käytettävissään soittajan sairaskertomustiedot. Tietosuoja-asiat on kaikissa järjestämistavoissa huomioitava. Potilaiden seulonta (triage) on puhelimitse tehokas palvelujen käytön ohjauksessa. Tässäkin on muistettava myös potilaan oikeus päästä tapaamaan lääkäriä myös silloin, kun hän ei halua jostakin syystä selvittää asiaansa muulle kuin lääkäriille. Lääkärin tekemää puhelinneuvontaa on Suomessa vastikään tutkittu (Hyrynkangas-Järvenpää, 2000).

Tehtävien järjestäminen uudelleen

Toimivassa väestövastuu- tai perinteisessä järjestelmässä hoidettavan väestön koko on kohtuullinen ja myös sijaisia on saatavissa. Nykyinen vaikeus perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen järjestämisessä on ennen kaikkea tekijöiden puute. Puutetta on vakituisista lääkäreistä, mutta kuntien rahoitusongelmat heijastuvat myös samaan asiaan sijaisten käytön vähäisyytenä, mikä puolestaan voi aiheuttaa kohtuutonta kuormaa vakituisille työntekijöille ja vähentää sitoutumishalukkuutta.

Mikäli ensiarviolla tarkoitetaan aina lääkärin vastaanottoa kolmen vuorokauden kuluessa yhteydenotosta, saattaa lääkäriajauksen vuoksi tilanne joillakin paikkakunnilla muodostua mahdottomaksi. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä todetaankin: ”pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin ensiarvion”. Kun terveyspalveluiden kasvavaan kysyntään vastaaminen lisäämällä palvelujen määrää sellaisenaan näyttäisi olevan vain heikosti sidoksissa väestön terveydentilan kohentumiseen, on löydettävä uusia malleja joiden avulla lääkärin tekemän työn määrää ja sisältöä voidaan rajata.

Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta voidaan nykyisessäkin tilanteessa parantaa. Lääkäreiden ja hoitajien väestövastuista tiimityöskentelyä voidaan kehittää.

Työtehtävien siirtäminen tiimissä sovittavalla tavalla hoitohenkilökunnalle vapauttaisi lääkäri työvoimaa vaativampien sairaiden hoitoon. Sairaanhoitajalle soveltuvia tehtäviä olisivat mm. lääkärinvastaanotolle tulevien potilaiden seulonta, laajempi hoitajan vastaanotto toiminta (esim. ”omahoitajat”) ja suurempi osuus pitkäaikaissairaiden seurannasta sekä todistusten kirjoittamisesta. Myös kansalliseen terveyshankkeeseen liittyvä sähköisen sairauskertomuksen kehittäminen antaa toiveita tehokkaammasta lääkärin työajan käytöstä, kun esimerkiksi reseptien kirjoittaminen ja uusiminen nopeutuu.

Verkkopalvelut

Internet on viime vuosien aikana mullistanut myös terveydenhuollon kenttää. Sekä terveydenhuollon ammattilaisten että potilaiden tiedonsaantimahdollisuudet ovat kehittyneet ja ovat edelleen kehittymässä aivan uudelle tasolle. Tietoa on saatavilla käytännössä rajattomasti. Internet tuo uusia mahdollisuuksia potilaan itsehoitoon ja vastuunottoon.

Ekä suurin ongelma Internetin käytössä on vaikeus varmistua tietojen luotettavuudesta. Terveydenhuollon verkkopalvelut eivät tarvitse viranomaishyväksyntää. Asiatiedon erottaminen markkinoinnista tai tutkitun tiedon erottaminen mielipiteistä tai humpuukista voi olla vaikeaa. Ammattilaisen on helpompi arvioida netissä julkaistavan tiedon tasoa kuin potilaiden. Kriittikön nettitiedon käyttö saattaa jopa johtaa terveyspalveluiden kysynnän lisääntymiseen tai vääristymiseen. Parhaimmillaan internet-palvelut ovat kuitenkin toimiessaan luotettavuustasoltaan varmistettuna portaalina terveystietoon. Joissain maissa on käytössä myös interaktiivista tiedon jakamista, jossa henkilö saa vastauksen omaan kysymykseensä, mutta hoitovastuusuhdetta ei kuitenkaan synny.

Terveyspalvelujen tarjoajana internet-palvelut ovat ongelmallisempia. Erilaiset virtuaaliklinikat tarjoavat palveluita joissa potilas voi asioida suoraan asiantuntijan kanssa. Nettisovellukset saattavat joskus olla avuksi, mutta myös niiden heikkoudet tulee muistaa. Interaktiivisuuden puuttumisesta johtuva pelkkien esitietojen varassa toimiminen heikentää palvelun luotettavuutta, eikä palvelujen tarjoajan juridista vastuuta potilaasta ole toistaiseksi tarkkaan määritelty.

Sähköinen asiointi on kuitenkin tulossa osaksi terveydenhuollon toimintaa. Se poistaa välimatkojen haitat. Terveydenhuollon ammattilaisten välinen tiedonkulku ja konsultointi on jo helpottunut ja aluetietojärjestelmien yleistyessä helpottuu edelleen. Kansalais- ja ammattilaisturventimien yleistyminen mahdollistaa lähitulevaisuudessa omalääkärin tai omahoitajan ja potilaan välisen sähköisen asioinnin joustavalla tavalla.

Yhteenvetona on todettavissa, että internet-aikakausi tulee muuttamaan terveydenhuollon toimintamalleja. Asioimisen helppous voi madaltaa kynnystä terveyspalveluiden kysyntään. Se mahdollistaa itsehoiton, mutta toisaalta se voi myös tuoda palveluiden piiriin uusia terveyspalveluita tarvitsevia potilaita. Voi jopa syntyä sähköisessä muodossa olevien asioiden ruuhkaa, jota on työläämpi priorisoida kuin odotushuoneessa istuvia odottajia. Internet ei voi kokonaan korvata perinteistä vastaanottopahtumaa, mutta voi sitä täydentää. Tulevaisuudessa on sähköisen asioinnin kehittäminen otettava osaksi muuta terveydenhuollon toiminnan kehittämistä.

Open Access

Jonosta seuraa turhaa työtä ja kustannuksia. Potilaat jättävät tulematta ajanvarausvastaanotolleen tai ottavat yhteyttä muuhun aikaan vaivojen pahetessa. Jotkut potilaat varaavat aikoja ”varmuuden vuoksi”, mikäli eivät luota vastaanotolle pääsyyn tarpeen tullessa. Jonoa joudutaan seuraamaan ja hallinnoimaan. ”Open Access” on käsite, joka tarkoittaa vastaanotolle pääsyä ilman jonoa. Kaikki vastaanotolle pyrkivät hoidetaan heidän niin halutessaan samana päivänä.

Jonottomaan vastaanottoon voidaan päästä tilanteessa, jossa kysyntä ja tarjonta ovat tasapainossa, eli tilanteessa, jossa jono pysyy kuukaudesta tai vuodesta toiseen vakiona. Resurssien riittävyys voidaan mitata kartoittamalla kysyntä ja vertaamalla sitä aikojen tarjontaan. Aikojen tarjontaa tulee arvioida ja työskentelytapoja kehittää siten, että syntyy mahdollisimman vähän turhaa työtä. Kysyntä mitataan selvittämällä määrättyssä ajassa ilmaantuvat ajanvarausyritykset, ylimääräiset potilaat ja lääkärin määräämät kontrollit.

Kun kysyntä ja tarjonta on saatu tasapainoon, voidaan jono työskennellä urakalla pois. Kun potilaat oppivat luottamaan siihen, että pääsevät nopeasti vastaanotolle, vähenevät myös varmuuden vuoksi varatut ajat. Tämä vähentää osaltaan kysyntää. Jonon häviämisestä seuraa myös siitä aiheutuneen lisätyön väheneminen, mikä parantaa mahdollisuuksia vastata kysyntään.

Työvoiman saatavuuden ja pysyvyyden turvaaminen

Vaikka lääkäreiden lukumäärä Suomessa on vuosi vuodelta kasvanut, on maahamme siitä huolimatta monin paikoin ilmaantunut lääkäripula (kts kappale 3.1). Tämä pula ei johdu vähäisestä lääkäreiden lukumäärästä, vaan siitä, että terveyskeskus työpaikkana houkuttelee yhä vähemmän nuoria lääkäreitä.

Yhä suurempi ristiriita näyttää kehittyvän työn vaatimusten – sekä potilaiden että lainsäädännön asettamien – ja voimavarojen välille. Kiire, jonot ja vaatimukset lisääntyvät. Tunne, että saa työnsä kunnolla tehdyksi, on harvinaista. Sen lisäksi, että voimme nykyään hoitaa yhä vaikeampia sairauksia, ovat terveyskeskusten työmäärää lisänneet erilaiset sosiaalietuudet ja muu todistaminen sekä väestön kasvavat odotukset.

Lääkäreiden mielestä tärkeimmät tavat kehittää terveyskeskustyötä ovat pakkotahituksen vähentäminen, palkkauksen parantaminen, lääkärimäärien lisääminen ja oman työn hallinnan kehittäminen (Vehviläinen ym. 2003).

Jotta terveydenhuoltojärjestelmämme perustana oleva julkinen perusterveydenhuolto antaisi parhaan mahdollisen hyödyn, on erityistä huomiota kiinnitettävä sen toimintaedellytyksiin. Kiinnittämällä huomio pelkästään jonotusaikoihin saattaa toiminnan laatu unohtua, kun pyritään täyttämään lain kirjain. Lääkäreiden, hoitajien ja muun terveydenhuoltohenkilöstön työn toimintaedellytyksien varmistaminen tulee olemaan potilaiden hoitoon pääsyn turvaamisen rinnalla oma haasteensa.

3.1.4 Toimenpide-ehdotukset perusterveydenhuollossa

Hoitoon pääsyn ensimmäinen kynnys on yhteyden saaminen perusterveydenhuollon yksikköön. Potilaan tulee saada halutessaan välittömästi yhteys terveydenhuollon ammattihenkilöön. Tämä voidaan turvata parhaiten järjestämällä keskitetty palveluohjaus puhelimitse. Tällöin soittaja saa asianmukaiset neuvot, ohjauksen tai tarvittaessa ajanvarauksen hoitajalle tai lääkärille.

- Potilaiden yhteydenotot ja annetut hoito-ohjeet myös kirjataan asianmukaisesti
- Potilasneuvontaa parannetaan myös verkkopalveluita kehittämällä
- Vastaanottotyössä kehitetään sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanototoimintaa ja uudistetaan lääkärin ja hoitajan välistä työnjakoa
- Väestövastuiseen toimintatapaan sopii erityisen hyvin lääkäri-hoitaja työparityöskentely
- Julkisen perusterveydenhuollon avainkysymys on sitoutuneen ja osaavan henkilöstön rekrytointi ja pysyvyys, joka on turvattava koulutuksen ja henkilöstöpolitiikan keinoin

Kirjallisuus

- Fos PJ & Zuniga MA (1999) Assessment of primary health care access status: an analytic technique for decision-making. *Health Care Management Science* 1999:229-238.
- Hyryn kangas-Järvenpää P (2000) Lääkärin puhelinneuvonta, Väitöskirja, Tampereen yliopisto
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Landstingsförbundet: Utkast till kostnads/intäktsmodell för nationellt samordnad sjukvårdsupplysning/rådgivning. Landstingsförbundet 2003.
- Päättalo M, Suorsa S, Hämäläinen P (2003) Sosiaali- ja terveyspalvelujen vuoden 2002 valtakunnallinen peruspäätösten arviointi. Vanhusten kotona selviytymisen kannalta keskeisten terveyspalveluiden verkko. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3.
- Tuomola S, Lehtonen P, Manninen T (1999) Terveysuunnittelu - terveyden-huoltoa väestön näkökulmasta. *Sairaala* 1999:2:6-8.
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Roitto H-M, Kumpusalo E (2003) Miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksesta? Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus III. *Suom Lääkäril* 2003;58:188-193.
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Tirkkonen K, Kumpusalo E (2003) Lääkärien ehdotuksia terveyskeskustyön kehittämiseksi. Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus IV. *Suom Lääkäril* 2003;58:663-667.
- Äärelä E (2000). Mikä lääkärin työssä uuvuttaa? *Suom Lääkäril* 2000;55:1989-91.

3.2 Hoitoon pääsy sosiaali- ja terveydenhuollon saumakohdissa

| | |
|---|-----------|
| 3.2.1 Ympäri vuorokautinen laitoshoido | 72 |
| 3.2.2 Ikääntyneen väestön palvelut | 72 |
| Kotisairaanhoido ja kotipalvelut ja | |
| muut ikääntyneiden erityispalvelut | 73 |
| 3.2.3 Muut sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset palvelut | 73 |
| 3.2.4 Terveydenhuollon palvelujen saatavuuden varmistaminen | |
| sosiaalihuoltolain mukaisten palvelujen ja vammais- | |
| palvelulain piirissä oleville henkilöille | 74 |
| 3.2.5 Toimenpide-ehdotukset | 75 |

Kuntien järjestämisvastuulla on joukko peruspalveluja, joiden järjestämisvelvollisuus perustuu pääasiallisesti sosiaalialan lainsäädäntöön, mutta sisältö on sen kaltainen, että osalla palvelukokonaisuuden toteuttajista tai vastuuhenkilöistä on oltava oikeus toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä. Lisäksi on olemassa joukko sosiaalipalveluja, joiden yhteyteen halutaan järjestää mahdollisuus saada terveydenhuoltopalvelut vaivattomasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon saumakohdissa olevien palvelujen saatavuutta tulee arvioida vain tarkastelemalla kokonaisuutta asiakkaan tarpeesta, ei hallintosektoreista, käsin. Näiden välimuotoisten palvelujen käyttäjillä on monasti muita väestönosia heikommalla voimavaroilla itse aktiivisesti vaatia palvelutarpeensa turvaamista.

Palvelujen saatavuuden näkökulmasta on oleellista varmistaa että sosiaalipalveluja saava henkilö ei jää terveydenhuollon palvelukatveeseen. Toisaalta on huomattava, että hoivaa tarvitseva henkilö ei välttämättä ole terveydenhuollon palvelujen tarpeessa. Terveydenhuollon näkökulmasta avainkysymyksiksi nousee sen määrittäminen kuka arvioi terveydenhuollon palvelun riittävän määrän kunkin hoidettavan osalta. Henkilön ollessa sosiaalialan palvelujen piirissä voi tämä arvio perustua vain arvioitsijan ammatilliseen osaamiseen, jonka voi olettaa vähimmäistasoltaan vastaavan valistuneen maallikon arviota, mikä hyvin riittää prosessin käynnistämiseen. Myös palvelujen oikea-aikaisuus ja riittävän terveydenhuollon osaamisen varmistaminen, kun palvelu tapahtuu sosiaalipalvelun yhteydessä, ovat tärkeitä kysymyksiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palvelualueita ovat vanhustenhuollon palvelut kuten vanhainkodit, dementia kodit, vanhusten palvelutalot ja integroidut kotipalvelut. Lisäksi sosiaalihuoltolain piirissä ovat kasvatus- ja perheneuvolat, joiden tehtäväksi määritellään lapsen myönteistä kehitystä edistävä sosiaalinen, psykologinen ja lääketieteellinen tutkimus ja hoito. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu- hoito- kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma.

3.2.1 Ympärivuorokautinen laitoshoido

Sosiaalipalveluissa laitoshoidolla tarkoitetaan hoidon, ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon yksikössä (ns. ympärivuorokautiset palvelut). Mielenterveyspotilaiden asumis- ja kuntoutuspalvelut on kirjattu mielenterveyslakiin, jossa viitataan myös sosiaalihuoltolakiin.

Yksityisiä asumispalveluja sisältäviä sosiaalipalveluja tuotti vuonna 2001 noin 1 150 yksikköä. Asumispalveluja tuottavien yksityisten laitosten ja hoitopaikkojen määrä on jatkuvassa kasvussa. Näitä palveluja tuotetaan vanhuksille, mielenterveyspotilaille, päihdeongelmallisille sekä kehitysvammaisille ja lisäksi on lasten ja nuorten laitoshoidoa.

Velvoite tuottaa asumispalveluja mielenterveyspotilaille perustuu sekä mielenterveyslakiin, että lakiin sosiaalipalveluista. Lääninhallitusten vuonna 2001 tekemän peruspalvelujen arvioinnin mukaan (Kärkkäinen et al 2002) maassamme on noin 480 mielenterveyspotilaiden asumispalveluyksikköä, joista enemmistö, 340, oli yksityisiä. Syksyllä 2001 noin 150 henkilöä jonotti (muualla kuin Etelä-Suomen läänissä, josta ei tietojakaan) erikoissairaanhoidon osastolla paikkaa mielenterveyspotilaiden asumispalveluihin.

Raportin mukaan on epäselvyyksiä siitä, kenen vastuulla on järjestää kuntouttavissa asumispalveluissa olevien mielenterveyspotilaiden somaattinen terveydenhuolto ja kenen vastuulla on järjestää heille psykiatriset ja muut mielenterveyspalvelut. On tavanomaista, että kunnat hankkivat näitä asumispalveluja toisten kuntien alueella olevilta palvelun tarjoajilta, mikä vaikeuttaa hoitovastuun kantajan löytämistä ja etäännyttää kuntia ostamiensa palvelujen laadun seurannasta. Vastaavaa epäselvyyttä voi arvioida olevan myös muiden ympärivuorokautisissa asumispalveluissa olevien asiakasryhmien kohdalla.

Hoitoon pääsyn näkökulmasta näihin palveluihin liittyy kaksi oleellista kysymystä. Ensinnä on kysymys siitä, onko potilas tarpeensa mukaisessa hoitopaikassa. Arviointi viittaa siihen, että asumispalvelua vailla olevia on sekä psykiatrian vuodeosastoilla että palvelujen ulkopuolella avosektorilla.

Toinen hoitoonpääsykysymys liittyy palvelujen sisältöön. Arvioinnin tulokset viittaavat siihen, että jokaiselle asumispalvelujen piirissä olevalle ei ole turvattu kaikkea tarpeen mukaista mielenterveyspalvelua tai perusterveydenhuoltoa.

3.2.2 Ikääntyneen väestön palvelut

Suomessa noin 7 % yli 75-vuotiaista henkilöistä on pitkäaikaisessa laitoshoidossa (kunnallinen tai yksityiseltä ostettu palveluasuminen, vuodeosastot ja vanhainkodit). Hämeenlinnan seudun kahdeksan kunnan palvelukartoituksen (Erhola et al 2003) mukaan tällä alueella osuus vaihteli eri kunnissa välillä 7,8 -16,4 %, mikä hyvin kuvaa maassamme olevia suuria alueellisia eroja. Tällä alueella noin 5 % erikoissairaanhoidossa olevista potilaista on sairaalassa odottamassa jatkohoidon järjestymistä. Valtakunnallisen suosituksen mukaan 90 % yli 75-vuotiaista tulisi asua kotona.

Ikääntyneellä väestöllä on yleensä tarvetta olla pienempien tai suurempien terveydentilaan liittyvien asioiden vuoksi terveydenhuollon seurannassa. Ikääntyneille tulisi turvata vakituinen hoitosuhde hoitaja-lääkäri työparin muodostamaan tiimiin, joka on laatinut hoito- ja seurantasuunnitelman, jonka mukaan palvelut järjestetään ja jota voidaan joustavasti muuttaa terveystilanteen muuttuessa. Kysymys hoitoon pääsystä viimeistään kolmen päivän sisällä rajoittuisi näin käytännössä vain ei-kiireellisiin hoitosuunnitelman muutostilanteisiin, palvelu olisi muutoin valmiiksi ”ohjelmoitu”.

Vanhusten terveyspalveluissa ja myös sosiaalipalveluissa on oleellista tehdä hoidon ja palvelun tarpeen arvio ja sen pohjalta sekä hoito- että palvelusuunnitelma, joka

sisältää aikataulun, jossa suunnitelmaa uudelleen arvioidaan ja muokataan vallitsevan tilanteen mukaisesti sekä samalla kirjataan seuraavan arvioinnin aikataulu. Kansallisen sosiaalialan hankeen selvitysmiehet esittävät loppuraportissaan (Heikkilä et al 2003), että jokaisella 80-vuotta täyttäneellä henkilöllä olisi oikeus palvelun tarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelmaan. Tämän arvioinnin tulee välttämättä sisältää terveydenhoidon asianmukaisuuden arviointi, ja mikäli todetaan, että henkilöllä ei ole tarpeellista organisoitua hoitosuhdetta ja hoitosuunnitelmaa, on tämä asia saatettava kuntoon.

Kotisairaanhoido ja kotipalvelut ja muut ikääntyneiden erityispalvelut

Integroidun kotipalvelun kysymys on vaikea. Kotipalvelu- ja kotisairaanhoido-tyksiköitä on yleisesti yhdistetty. Sosiaalipalvelujen näkökulmasta tätä kehitystä on pidetty hyvänä ja rationaalisena. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmasta vastuukysymysten epäselvyydet ja ammatillisen ohjauksen puute herättävät kysymyksiä.

Kansanterveyslaissa kuntia veloitetaan järjestämään sairaanhoido, joka on lääkärin antamaa tai määräämää ja lääkärin ohjauksessa annettua. Kotisairaanhoidoa ei ole kirjoitettu kansanterveyslakiin erikseen vaikka se on ollut koko terveyskeskustoiminnan historian ajan yksi terveyskeskusten vakiintunut toimintamuoto. Tästä seuraa se, että kotisairaanhoidon järjestämiseen ei kunnalla ole tällä hetkellä samalla tavalla suoraa veloitetta kuin esimerkiksi kouluterveydenhuollon järjestämiseen. Toisaalta se kotisairaanhoido, jota kunnat järjestävät kotipalveluihin integroituneena, ei välttämättä ole osa lääkärin ohjauksessa tehtävää kansanterveystyötä. Näin voi käydä esimerkiksi jos kuntayhtymä tuottaa terveyskeskuspalvelut ja kunta itse erikseen kotipalvelut, joihin sisältyy kotisairaanhoidoa eikä lääkärijohtoisuutta ole varmistettu sopimuksin. Tässä tilanteessa vain laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja potilaslaki ohjaavat kotisairaanhoidon tuottamista.

Kun lainsäädäntöä kehitetään on kotisairaanhoido yksi muoto ”tarpeen mukaista hoitoa”. Lain tulisi olla niin selkeä, että ei synny epäselvyyttä siitä, kuka tekee päätöksen kotisairaanhoidon tarpeesta ja samalla kuka on vastuussa tämän palvelun oikea-aikaisesta järjestämisestä ja laadusta. Jos nämä asiat ovat selkeitä, ei enää ole merkitystä sillä, järjestetäänkö palvelut kiinteässä hallinnollisessa yhteydessä sosiaali- vai terveydenhuoltosektoriin.

Kunnissa tuotetaan erilaisia ikääntyneille suunnattuja erityispalveluja kuten ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä, vanhusten neuvola- ja päiväsaaralatoimintaa. Näiden erilaisten palvelukonseptien kohdalla kunnat voivat innovatiivisesti suunnitella, miten omassa kunnassa palvelutarpeeseen vastataan eikä tarkempi ohjailu ole tarpeen. Periaatteeksi riittää se, että kaikkia kuntalaisia on kohdeltava ilman syrjintää.

3.2.3 Muut sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset palvelut

Päihdehuoltolaki määrittelee päihdehuollon palvelut sekä osana yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja että erityisinä päihdepalveluina. Päihdehuollon järjestäminen ja kehittäminen kuuluu kunnassa sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. Palvelut tulee järjestää niin, että niihin voi hakeutua oma-aloitteisesti. Palvelujen tulee olla ensisijaisesti avohuollon palveluja, jotka ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Asetuksen mukaan palveluja on oltava saatavilla niinä vuorokauden aikoina, joina niitä tarvitaan ja asiakkaille on tehtävä kuntoutussuunnitelma.

Päihdehuoltolaki on sinällään jo vahva, jopa palvelujen saannin subjektiiviseksi oikeudeksi tulkittu. Hoidon saatavuuden varmistaminen sen puitteissa järjestyy, kun kansanterveyslain alaisten palvelujen saatavuus on yleisesti turvattu. Erityistä huomiota tulee kiinnittää siihen, että kunnan järjestämät sosiaali- ja terveydenhuollon päihdepalvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on hyvä työkalu myös tarpeen mukaisten päihdepalvelujen saamisen varmistamisessa.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta määrittelee kehitysvammalaitokset ja kehitysvammaneuvolat. Erityishuoltoon kuuluvia palveluja ovat tutkimus, myös lääketieteellinen, terveydenhuolto, ohjaus, kuntoutus ja toiminnallinen valmennus sekä apuvälineet. Kehitysvammaisia koskevaa lainsäädäntöä ollaan arvioimassa uudelleen osana palvelulainsäädäntöä kehittävää hanketta. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista toteaa, että henkilö voidaan osoittaa vammaispalvelujen tai tukitoimien tarpeen selvittämiseksi lääkärin tai muun asiantuntijan tutkimuksiin. Vammaiselle henkilölle on laadittava palvelusuunnitelma.

Edellä mainitusta lainsäädännöstä voidaan todeta, että niissä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta on ”sisäänrakennettuna” se yleisperiaate, että sosiaalipalvelujen piirissä olevan henkilön terveydenhuoltopalvelut hoidetaan normaalien terveydenhuoltolakien nojalla. Kun näissä palveluissa olevilla henkilöillä voi olla puutteellinen kyky huolehtia omista asioistaan, jää sosiaalipalvelua tarjoavan tahon vastuulle huolehtia, että myös terveyspalvelut on turvattu ilman että tätä olisi suoraan kirjoitettu auki lainsäädäntöön. Tästä lainsäädäntöön liittyvästä epäkohdasta seuraa se, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kokee vastuunsa ja roolinsa epäselväksi, henkilö voi jäädä palvelukatveeseen tai saada ”medikalisoituja” palveluja.

3.2.4 Terveydenhuollon palvelujen saatavuuden varmistaminen sosiaalihuoltolain ja vammaispalvelulain mukaisia palveluja saaville henkilöille

Sosiaalihuoltolain ja vammaispalveluin piirissä olevilla henkilöillä tulee olla oikeus palvelujen tarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelmaan. Sosiaalipalvelun tarvetta arvioitaessa tulisi arvioon sisältyä näkemys siitä, onko henkilön terveydenhuoltopalvelut asianmukaisesti järjestetty ja terveydenhuollon palvelujen tarve riittävällä tavalla arvioitu. Samoin sosiaalipalvelujen palvelusuunnitelmaa laadittaessa tulee terveydenhuollon hoitosuunnitelma huomioida palvelusuunnitelmassa.

Kun terveydenhuoltolainsäädäntöön kirjoitetaan henkilön oikeus tarpeen mukaiseen hoitoon, seuraa tästä että hoitosuunnitelman mukainen hoito on järjestettävä. Terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä vastaavan tulee huolehtia siitä että sosiaalipalvelujen palvelusuunnitelman laatijan pyyntöön selvittää henkilön mahdollinen terveydenhuollon palvelujen tarve vastataan samalla tavalla kuin hoitoon itse hakeutuvan pyyntöön, eli asia sovitaan heti ja lääkäri tai hoitaja arvioi tilanteen viimeistään kolmen päivän sisällä, paitsi jos potilaan kannalta joku muu aikataulu on tarkoituksenmukaisempi, eikä kyse ole kiireellisestä asiasta.

Vastaavalla tavalla tulee terveydenhuollossa tapahtuvaan hoidon tarpeen arvioon liittää arviointi siitä, onko sosiaalipalvelujen tarpeen arviointi syytä käynnistää. Yksinkertainen käytännön esimerkki tästä on erikoissairaanhoidon vuodeosastolta kotiutettava ikääntynyt henkilö, jonka tarve kotona selviytymistä tukeviin palveluihin tulisi arvioida jo ennen kotiutushetkeä. Vastaavasti henkilön ottaessa yhteyttä sosiaalitoi-

meen saadakse kotiapua sen vuoksi, että ei enää jaksaa huolehtia kodistaan, tulisi kotiapua tarjoavan varmistaa, että henkilön terveydentilan hoito on asianmukaisesti järjestetty. Tämä on oleellista sen vuoksi, että kotityöt ovat voineet muuttua liian raskaiksi vaikkapa sydämen vajaatoiminnan tai keuhkoastman vuoksi ja jaksaminen saadaan lääketieteellisellä hoidolla palautettua.

Kunnalla on velvoite järjestää tarvittaessa henkilölle laitoshoido. Myös sosiaalialan laitoshoidossa olevalla henkilöllä on oikeus saada tarvitsemansa terveyspalvelut. Kunnan velvollisuudeksi jää joko järjestää laitokseen itse tarvittavat terveyspalvelut tai ostaa ne muualta hoitoon pääsyä säätelevän lainsäädännön mukaisesti. Tämä periaate koskee myös niitä kunnan asukkaita, joiden laitoshoido ostetaan yksityiseltä palveluntuottajalta.

3.2.5 Toimenpide-ehdotukset

1. Sosiaalihuollossa laadittavan palvelu- hoito- kuntoutus- tai muun vastaavan suunnitelman ja terveydenhuollon palvelujen tarpeen arvioinnin välille on luotava yhteys siten että suunnitelmaa laadittaessa on katsottava, onko terveydenhuollon palvelujen tarve arvioitu. Jos tätä ei ole tehty, on asiakas ohjattava arvioon, siten että palvelu annetaan kuten terveydenhuolto muutoinkin. Jos asiakkaalla on terveydenhuollon tarvetta, hän saa hoitosuunnitelman, jota toteutetaan ja uudelleen arvioidaan tarpeen mukaan. Terveydenhuollon hoitosuunnitelma huomioidaan sosiaalialan palvelu- hoito- kuntoutus- tai muuta vastaavaa suunnitelmaa laadittaessa ja toteutettaessa.
2. Kun terveydenhuollossa tehdään hoidon tarpeen arviointi, ohjataan henkilö sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin, mikäli on syytä olettaa, että henkilöllä on sosiaalipalvelujen vajetta.
3. Hoitoon pääsyn turvaaminen voidaan kotisairaanhoidon osalta tehdä lakiuudistuksen yleisperiaatteita noudattaen. Kuitenkin kotisairaanhoidon käsite sekä kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen yhteistyön periaatteet tulee määritellä täsmällisemmin osana kansallisen terveyshankkeen sosiaalihankeeseen yhteensovittamistyötä. Tämän jälkeen voidaan toimintamallit selkiyttää ohjeistuksin tai tarvittaessa säädöksiä täsmentämällä. Tavoitteena ovat valtakunnallisesti yhtenäiset käytännöt

Kirjallisuus

- Erhola, Palomäki. Hämeenlinnan seudun terveydenhuollon lähipalvelujen nykytilanteen arvio. Sosiaalikehitys Oy, 2003
- Heikkilä, Kaakinen, Korpelainen. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11. Helsinki 2003.
- Kärkkäinen M-L, Päätaalo M. Mielenterveyspotilaiden asumispalvelut. valtakunnallinen yhteenveto läänien peruspalvelujen arviointiraporteista vuodelta 2001. Moniste. Oulun lääninhallitus 2002.

3.3 Suun terveydenhuolto

| | |
|---|-----------|
| 3.3.1 Johdanto | 76 |
| 3.3.2 Suun terveydenhuollon periaatteet ja tavoitteet | 76 |
| 3.3.3 Suun terveydenhuollon palvelut terveystieteissä | 77 |
| Kiireellistä suun terveydenhoitoa tarvitsevat | 77 |
| Hoitotoimenpiteitä tarvitsevat kolmen kuukauden | |
| kuluessa | 77 |
| Suun perustutkimukseen ja hoitoon tulevat | 78 |
| 3.3.4 Työkaluja hoitoon pääsyn ja jononhallinnan varmistamiseksi | 78 |
| Jononhallinta | 78 |
| Suun terveydenhuollon palvelujen muita tuottamistapoja .. | 79 |
| Seudulliset palvelut | 79 |
| Eri ammattiryhmien välinen työnjako | 79 |
| Ostopalvelu | 79 |

3.3.1 Johdanto

Suun terveydenhuollon palveluja ei voi enää 1.12.2002 alkaen rajata iän perusteella kunnallisessa hammashuollossa, vaan hoitoon pääsy määräytyy hoidon tarpeen perusteella. Uudistuksen tavoitteena oli, että suun terveydenhuollon palvelut ovat samassa asemassa muun terveydenhuollon palvelujen kanssa. Suun terveydellä on keskeinen merkitys ihmisen hyvinvoinnille. Suun alueen sairaudet voivat vaarantaa ihmisen yleisterveyttä ja toimintakykyä iästä riippumatta. Väestön suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvollisuus edellyttää kunnissa sekä riittävien voimavarojen osoittamista että toimintakäytäntöjen arviointia ja kehittämistä. Merkittävä osa väestöstä käyttää yksityisiä suun terveydenhuollon palveluja. Tässä esitetyt hoitoon pääsyä koskevat periaatteet ja kohtuajat koskevat *kunnallista suun terveydenhuoltoa*.

3.3.2 Suun terveydenhuollon periaatteet ja tavoitteet

Kunnan asukkaiden tulee saada suun terveydenhuollon palveluja yhtenäisten perusteiden mukaan. Palvelujen rajaamisen perusteiden tulee olla hyväksyttävät, ennalta tiedossa sekä kohdistua kaikkiin samalla tavoin. Hoitoon pääsyä voidaan rajata vain terveydellisin perustein. Lapset ja nuoret ovat suun terveydenhuollossa ryhmä, joiden kohdalla ennaltaehkäisevällä hammashoidolla voidaan vähentää merkittävästi tulevaa hoidon tarvetta ja ehkäisevällä hoidolla on tästä syystä olennainen merkitys. Hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arviointi tehdään kaikille asianmukaisin hammaslääketieteellisin ja lääketieteellisin perustein. Tutkimuksen, hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvion perusteella määritellään hoitoon ottaminen tai mahdollinen jonoasettaminen. Hoidossa käytetään vaikuttavia hoitomenetelmiä.

Suun terveydenhuollon tavoitteiksi asetetaan kiireellisen hoidon turvaaminen ja terveyden lisääminen, toimintakyvyn ylläpitäminen sekä turvallinen ja laadukas hoito.

3.3.3 Suun terveydenhuollon palvelut terveystieteissä

Riittäviksi katsottavia terveyspalveluja ei useinkaan voida turvata asettamatta terveydenhuollon toimintoja etusijaisjärjestykseen. Potilaiden etusijaisjärjestykseen asettaminen perustuu potilaan yksilöllisesti selvitettyyn suun terveydentilaan ja hoidon tarpeen arviointiin sekä niiden perusteella määriteltävään riittävien terveyspalvelujen tarpeeseen. Potilaan hoidon tarpeen arvioinnin on perustuttava hammaslääketieteellisesti ja lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin: tietoon ja kokemukseen, koeteltuun näyttöön (evidence based tai best practice).

Hammashoidon järjestämisessä on perusteltua ottaa huomioon, että on olemassa potilaita, joiden kohdalla hoidon tarpeen selvittäminen ja hoidon toteuttaminen on kiireisempää kuin toisilla. Ennaltaehkäisevällä hammashoidolla voidaan myös merkittävästi vähentää tulevaa hoidon tarvetta kaikissa ikäryhmissä. On myös yleissairauksia ja niiden hoitoja, joiden yhteydessä on joko lisääntynyt hammashoidon tarve tai joissa hammasairaudet voivat merkittävästi lisätä vakavien komplikaatioiden vaaraa.

Potilaan hoitoa voidaan jaksottaa käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa siten, että kiireelliset hoidot tehdään ensin ja ei-kiireelliset myöhemmin. Hoito suunnitellaan huomioon ottaen kiireellisten hoitotoimenpiteiden edellyttämä jatkohoito. Hoidon toteuttamisessa painotetaan terveyttä edistävää ja sairauksia ehkäisevää toimintatapaa, jotka ovat tärkeitä periaatteita sekä lapsilla ja nuorilla että aikuisilla ja vanhuksilla. Hyvällä hoitosuunnitelmalla turvataan hoidon ajoittaminen ja toteuttaminen.

Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyä arvioidaan hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden mukaan seuraavasti:

- kiireellistä suun terveydenhoitoa tarvitsevat
- hoitotoimenpiteitä odottavat kolmen kuukauden kuluessa
- suun perustutkimukseen ja hoitoon tulevat

Kiireellistä suun terveydenhoitoa tarvitsevat

Potilaan hoidon kiireellisyyden arviointi käynnistyy yhteydenotosta, jossa arvioidaan hoidon kiireellisyys ja välittömän hoidon tarve. Kiireellistä hoitoa tarvitseville hoito annetaan välittömästi. Kiireellisen hoidon järjestämisessä on turvattava mahdollinen jatkohoito, jolloin hoitotoimenpide kokonaisuutena tehdään valmiiksi. Vastuu kiireellisen hoidon järjestämisestä on terveystieteissä ja sairaaloilla hoidon porrastuksen mukaisesti.

Tähän ehdotukseen sisältyviä kiireellisen hammashoidon kriteereitä ovat mm. voimakkaat hampaiston ja suun alueen särkytilat, turvotukset ja akuutit tulehdukset; hampaiston, suun limakalvojen ja leukojen vammat ja tapaturmat; äkilliset muutokset ja hälyttävät oireet suussa; selkeät yleisterveydelliset oireet sekä hoidon komplikaatiot, esimerkiksi verenvuoto. Hammas- ja suusairauksista potilaalle mahdollisesti aiheutuva työkyvyttömyys tulee huomioida määriteltäessä kiireellisen suun terveydenhoidon tarvetta.

Hoitotoimenpiteitä tarvitsevat kolmen kuukauden kuluessa

Tähän ryhmään kuuluvat potilaat, jotka eivät vaadi välitöntä hoitoa, mutta oireen tai vaivan syy täytyy selvittää ja mahdollisesti hoitaa kohtuullisessa ajassa, kuitenkin enintään kolmen kuukauden kuluessa. Terveystieteiden ammattihenkilön hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arvioinnin perusteella vaiva joko hoidetaan heti, tai potilas asetetaan jonoon odottamaan hoitoa ja häntä informoidaan jonoon asettamisen syystä ja jonotuksen arvioidusta kestosta. Osa suun hoidon tarpeesta on luonteeltaan kiireellisempää ja vaatii hoitotoimenpiteitä, joilla turvataan tulehdukseton suu ja hampaisto,

suun ja hampaiden toimintakyky sekä pysäytetään sairauden eteneminen. Näin mahdollistetaan myös edellytykset potilaan omalle hoidolle. Terveystieteiden ammattihenkilön tulee hoidon kiireellisyyttä arvioidessaan ottaa huomioon hammaslääketieteelliset ja lääketieteelliset perusteet siten, ettei sairauden tai vamman laatu olennaisesti pahene ja/tai ettei tautitilasta aiheudu palautumattomia muutoksia, jos vaivaa ei hoideta kohtuullisessa ajassa. Hoidon tavoitteena on edistää ja mahdollistaa potilaan omahoidon toteuttamisen. Hoidon jaksottamisesta pidemmälle ajalle tehdään hoitosuunnitelma.

Suun perustutkimukseen ja hoitoon tulevat

Kunnan asukkaiden tulee saada suun terveydenhuollon palveluja yhtenäisten perusteiden mukaan. Potilaiden etusijaisjärjestykseen asettamisen tulee perustua potilaan yksilöllisesti selvitettyyn suun terveydentilaan ja hoidon tarpeen arviointiin sekä niiden perusteella määriteltävään riittävien terveystieteiden palvelujen tarpeeseen. Jos potilas asetetaan jonoon odottamaan hoitoa, häntä informoidaan jonoon asettamisen syystä ja jonotuksen arvioidusta kestosta.

Jos järjestelmällistä suun terveydenhoitoa ei voida toteuttaa kaikille hoitoon hakeutuville potilaille, voidaan hammaslääkärin tekemän potilaan suun tutkimuksen, hoitosuunnitelman ja hoidon kiireellisyyden arvioinnin perusteella hoitoja jaksottaa pidemmälle ajalle yksilöllisin hoitovälein. Yleisimmät suusairaudet ovat luonteeltaan kroonisia, ja niiden hoito tästä syystä jaksottuu pidemmälle ajalle. Hyvällä hoitosuunnitelmalla turvataan hoidon jatkuvuus ja vaikuttavuus. Ylläpitohoito ja ennaltaehkäisevä hoito tukevat suun terveyden säilyttämistä.

Edellä kuvattu toimintakäytäntö mahdollistaa, yksityisten suun terveydenhuollon palvelujen täydentäessä kunnan palveluja, kunnan asukkaille riittävien suun terveydenhuollon palvelujen saannin, ja turvaa väestön suun terveyttä.

3.3.4 Työkaluja hoitoon pääsyn ja jononhallinnan varmistamiseksi

Kunnilla on vastuu suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä. Suun terveydenhuollossa yksityisen sektorin suhteellinen osuus palvelujen tuottajana on muuta terveydenhuoltoa suurempaa erityisesti suurimmissa kaupungeissa. On huomioitava, että suun terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on alueellisia eroja, jotka koskevat niin kunnallista kuin yksityistä palvelujen tarjontaa. Ongelmallista on, että koulutuspaikkakuntien ulkopuolella alueittain vaihdellen on täyttämättömiä hammaslääkärien virkoja.

Suun terveydenhuollon palvelujen laajentuessa koko väestöön joudutaan palvelujen järjestämistä ja toimintakäytäntöjä arvioimaan uudelleen.

Jononhallinta

Jonon hallitseminen edellyttää ajantasaisen jononseurantajärjestelmän luomista. Järjestelmän avulla tulee voida seurata jonossa olevien, sinne tulevien ja sieltä poistuvien henkilöiden määrää. Lisäksi järjestelmästä tulee saada tieto keskimääräisestä ajasta, jonka henkilö joutuu odottamaan hoidon tarpeen arviointiin tai hoitoon pääsyyn.

Jonoon asettamiseen liittyvä käynti voi olla joko hoidon tarpeen selvittämiseen liittyvä tutkimus, terveystarkastus tai seulontakäynti. Seulonnan voi suorittaa muukin

terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri, kuten esimerkiksi hammashuoltaja. Hammashuoltajan tehdessä jonoon asettamisseulontoja hammaslääkärin konsultaatiomahdollisuus on oltava olemassa.

Suun terveydenhuollon palvelujen muita tuottamistapoja

Seudulliset palvelut

Suun terveydenhuollon työvoimasta tulisi nykyistä tehokkaammin hyödyntää alueen julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon voimavarat ja osaaminen. Tärkeäksi kehittämisaikaksi nousee kuntien alueellisten ja seudullisten yhteistyömallien kehittäminen. Kokemuksia seudullisesta kehittämistyöstä on saatu esimerkiksi Jyväskylän seudun hammashuollon alueellisesta hankkeesta, jossa kehitetään myös kunnallisen ja yksityisen suun terveydenhuollon yhteistyötä.

Eri ammattiryhmien välinen työnjako

Suun terveydenhuollon toimintaedellytykset ja henkilöstörakenne ovat erilaisia eri kunnissa. Tämän takia yksi työnjaon malli ei ole riittävä, vaan tarvitaan ratkaisuja, joissa huomioidaan paikalliset olosuhteet. Työnjakoa on tarpeen edelleen kehittää. Väestön suun terveyden edistämisen ja hoidon saatavuuden turvaamiseksi on tärkeää, että kunkin ammattiryhmän koulutusta ja osaamista käytetään mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Henkilökuntarakenne mitoitetaan tukemaan tarkoituksenmukaista työnjakoa. Terveystenhuollon eri sidosryhmien (esim. kouluterveydenhuolto, kotisairaanhoido) välisen työnjaon kehittäminen on myös tärkeää.

Ostopalvelu

Julkisen ja yksityisen sektorin välistä työnjakoa ja yhteistyötä voidaan toteuttaa ja kehittää ostopalvelutoimintaa kehittämällä. Kokemuksia ostopalvelutoiminnasta on saatu esimerkiksi Helsingissä, Oulussa ja Tampereella. Ostopalveluita voidaan käyttää niin erityisosaamista vaativien palveluiden kuin myös tavanomaisimpien suun terveydenhuollon palveluiden hankintaan. Yksityishammaslääkäripalvelujen tarjonta vaihtelee paikkakuntakohtaisesti. Hammaslääkäripalvelujen ostaminen ostopalveluna yksityissektorilta saattaa olla monesti mahdotonta. Ostopalvelutoiminnan laadun varmistamiseksi ja kehittämiseksi tarvitaan yhteisiä seuranta- ja laatukriteereitä.

Kirjallisuus

- Jokela J, Mäkelä J. Väestön, päättäjien ja henkilöstön näkökulma. Jyväskylänseudun hammashuoltojen voimavarojen alueellinen kehittäminen ja hyödyntäminen. Nykytilan kuvaus makrotasolla - vaihe 1. Jyväskylä 2003.
- Lindström E. Terveystenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriö monisteita 2003:12.
- Mikkola H. Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö monisteita 2003:15.
- Suomen Kuntaliiton yleiskirje 7/80/2002. Kelan sairausvakuutuslain mukainen korvauskäytäntö muuttuu eräissä tilanteissa.
- Suonsivu K. Suun terveydenhuollon henkilöstörakenne ja toiminnan kehittäminen. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 3/2001.
-

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE julkaisu 1. Helsinki 2001.

Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002.

Widström E, Pietilä I, Erkinantti J. Hammashoitouudistus etenee. Stakes aiheita 7/2002.

Widström E, Pietilä I, Erkinantti J. Hammashoidon laajeneminen palveluita vuoden 2002 alussa rajoittaneissa terveyskeskuksissa. Suomen Hammaslääkärilehti 9/2003.

3.4 Mielenterveyspalvelut

| | |
|--|-----------|
| 3.4.1 Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian toimenpide-ehdotukset | 81 |
| 3.4.2 Psykiatrian toimenpide-ehdotukset | 82 |

3.4.1 Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian toimenpide-ehdotukset

Lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden ja sairauksien perustason arviointi ja hoito kuuluvat perusterveydenhuollon tehtäviin samoin kuin lasten ja nuorten sairauksien perustason hoitovastuu muutenkin. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen hoidon saatavuuden turvaamiseksi tarvitaan terveydenhuoltoon porrasteinen palvelujärjestelmä ja toimivat palveluketjut.

Sosiaali- ja terveysministeriön Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmä ja Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti ovat nostaneet esiin lapsiperheiden psykososiaalisten palveluiden pirstaleisuuden ja toisaalta organisaatio- ja ammattikuntakysymykset ohittavan verkostoituvan yhteistyön tarpeen. Perhepalvelukeskus ja –verkosto, hyvinvointineuvolamalli tai ”Lasten talo” -malli ovat lapsiperheiden tarpeiden kannalta perusteltuja. Verkostoituvassa yhteistyössä jokaisen osallistujatahon on kuitenkin hoidettava oma perustehtävänsä, mitä lasten- ja nuorisopsykiatrian terveydenhuollon palveluketjut eivät tällä hetkellä tee. Nuorisopsykiatrian NUOTTA-projekti nosti esiin ”välimaaston” toimintatason tarpeen terveydenhuollon palveluketjussa. Välimaaston palvelurakenteena nuorison osalta voisi olla nuorten vastaanotto-ryhmä tai arviointipoliklinikka, jonka porrasteinen työnjako erikoissairaanhoidon kanssa on selkeä.

Perheneuvolan ja terveydenhuollon välistä yhteyttä tulee vahvistaa. Myös nuoret ja lapset tarvitsevat hoidon porrastuksessa ensimmäisen tason mielenterveyspalveluita ja matalan kynnyksen hoitopaikan. Tämä helpottaisi myös aikuisten mielenterveyspotilaiden perheiden tukemista perusterveydenhuollossa.

Olemassa olevista resursseista tähän vastaisi parhaiten perheneuvoloiden siirtäminen perusterveydenhuoltoon. Perheneuvolatyöryhmille tulisi tarjota riittävä ja työryhmän tarpeisiin räätälöidysti vastaava lisäkoulutus siirtymävaiheessa. Perheneuvoloiden siirtäminen terveydenhuoltoon edellyttäisi lakimuutosta.

Lasten- ja nuorisopsykiatriassa työskentelevät sairaanhoitajat ovat psykiatrian sairaanhoitajia, joiden koulutuksen osana on lastenpsykiatriaa ja nuorisopsykiatriaa. Osuus on kuitenkin liian suppea lasten- ja nuorisopsykiatrian lisääntyvää teorettista tietoa, diagnostista tietoa ja hoitomenetelmien hallintaa ajatellen. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen sairaanhoitajakoulutus olisi käynnistettävä pikaisesti. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen sairaanhoitaja tulee olemaan keskeinen osa perusterveydenhuollon lastenpsykiatrasta ja nuorisopsykiatrasta palvelujärjestelmää ja erityisosaajana perusterveydenhuollon moniammatillisissa työryhmissä.

Lastenpsykiatrian erikoislääkäreiden toimenkuvaa on selkiytettävä ja tehtäviä jaettava uudella tavalla siten, että tarpeellinen erikoislääkärin konsultaatiotyöpanos palveluketjun muille tasoille voidaan taata (kuntiin jalkautunut konsultaatio, sähköinen ja videokonsultaatio). Lastenpsykiatriin työtehtävissä työryhmän johtamista ja konsultoitavan työn osuutta tulee vahvistaa – kuitenkin siten, että lakisääteiset tehtävät, diagnoosin ja hoidon määrääminen, säilyvät keskeisinä.

Lasten tutkimukset ja hoito seksuaalisen hyväksikäytön ja vaikeiden huoltoriitojen yhteydessä ovat tuoneet työn kuvaan yhteistyön poliisin ja oikeustoimen kanssa, oikeudenkäynnit ja laajat lausunnot poliisille, oikeustoimelle ja sosiaalitoimelle. Alan juridisoitumista ja sen terveydenhuoltoon tuomaa työmäärää ja kustannuksia tulee pyrkiä rajoittamaan.

Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian toimenpide-ehdotukset

1. Palveluiden turvaamiseksi tarvitaan parannuksia perusterveydenhuollon/lähipalveluiden alueella. Perusterveydenhuoltoon tarvitaan ”peruspalvelutiimit” eli mielenterveystyön työryhmät lapsille ja nuorille lastenneuvolaan, kouluterveydenhuoltoon ja nuorisovastaanotoille. Perheneuvolat esitetään siirrettäväksi perusterveydenhuollon yhteyteen. Näin turvattaisiin perustason palvelut. Keskeistä on myös alueellisen yhteistoimintamallin kehittäminen. Kuntien yhteiset lasten ja nuorten mielenterveystoimistot tai arviointipoliklinikat tarvitaan avopalveluiden kehittämiseen nuorisopsykiatrian NUOTTA-projektin esiin nostamaksi välimaaston palvelutasoksi. Sairaanhoidopiirit vastaavat lastenpsykiatrisista ja nuorisopsykiatrisista erikoissairaanhoidon palveluista. Erikoissairaanhoidon konsultaatio-työparit jalkautetaan ohjaamaan, kouluttamaan ja tukemaan avohoidon työtä.
2. Käynnistetään lastenpsykiatrinen ja nuorisopsykiatrinen sairaanhoitajakoulutus ja tällä osaamisella vahvistetaan peruspalvelutiimejä. Tarvetta on terveyskeskusten lasten ja nuorten mielenterveysyksiköissä ja perheneuvoloissa.
3. Työskentelytapojen uudistaminen on välttämätöntä. Lastenpsykiatrien työtehtävissä on diagnostiikan ja hoidosta päättämisen lisäksi painotettava työryhmän johtamista ja konsultointiin ja kehitystyöhön painottuvaa roolia.
4. Valtakunnallisten, yhtenäisten hoitoidiakaatioiden kehittäminen käynnistetään. Tarvitaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden pisteytysmenetelmät, jotka voidaan kehittää Kanadan WCWL-hankkeessa (Western Canada Waiting List Project, Smith ym. 2002) kehitetyn lomakkeen pohjalta.

3.4.2 Psykiatrian toimenpide-ehdotukset

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinta

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoidiakaatioita ei ole erityisemmin määritelty ja niissä esiintyy alueittain huomattavan suurta vaihtelua. Valtakunnalliset, läpinäkyvät hoitoidiakaatiot ja kiireellisyysluokitukset tulisi määritellä kummallekin hoidon toteutuksen tasolle.

Perusterveydenhuollon lääkärin tulee voida konsultoida psykiatrisen avohoidon erikoislääkäreitä tai muita osajia helposti. Konsultaatiokanavia ja konsultaatiomuotoja puhelimitse ja sähköisesti tapahtuva konsultaatio mukaan lukien tulee kehittää. Hyvin toimivat konsultaatiokanavat ohjaavat erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntää

paremmin hallittavaksi ja toisaalta konsultaation avulla voidaan varmistaa perusterveydenhuollon tasolla toteutuvan hoidon laadullista riittävyttä.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä tulee kehittää. Tästä esimerkkinä päihdepalvelujen ja psykiatristen palvelujen integrointi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla. Kunnissa tulisi laatia sekä mielenterveysstrategia että päihdestrategia potilaiden hoidon laadun varmentamiseksi. Kolmantena osa-alueena kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla tarvitaan erikoissairaanhoidon erityisosaamista.

Erikoissairaanhoidon avopalvelut

Avohoitopsykiatrin työ, tehtäväkenttä ja rooli tulisi määritellä uudelleen. Avohoitopsykiatrin tulee toimia työryhmän johtajana, jonka tehtävänä on lain mukaan tehdä diagnoosi ja määrätä hoito. Erilaisten lausuntojen runsas laatiminen on lisännyt avohoidon erikoislääkäreiden työtä. Lausuntojen laatimista tulisi voida soveltuvin osin siirtää muille työntekijäryhmille ja niiden tarvetta rajoittaa. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa potilas käy usein pitkään ennen kuin pääsee erikoislääkärin arvioon. Potilaalle tulee taata erikoislääkärin henkilökohtaisesti tekemä arvio viimeistään kolmen viikon kuluessa ensimmäisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitopalvelun käynnistä.

Toimintaa hallinnoivien yksiköiden ja toimintayksiköiden tulee olla kooltaan riittävän suuria. Näin mahdollistetaan erityisosaamisen kehittäminen sitä tarvitseville potilasryhmille ja vältetään työolojen vaarantuminen puutteellisten tukipalveluiden vuoksi. Psykoosien hoito avohoidossa edellyttää moniammatillisia työryhmiä, jotka kykenevät intensiiviseen hoitoon.

Mielenterveystoimistoissa ja psykiatrian poliklinikoilla tulisi kehittää aikarajoitteisia hoitoja muiden kuin psykoottisten häiriöiden hoidossa. Hoidon tarvetta tulee arvioida uudelleen viimeistään 6 kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta. Avohoidon hoitomalleista tulisi olla laatukäsikirjat. Lyhytkestoista psykoterapiaa tulisi voida tuottaa kunnan tai sairaanhoitopiirin omana toimintana, samoin kognitiivista/psykoedukatiivista kuntoutustoimintaa.

Psykiatrian toimenpide-ehdotukset

1. Psykiatrisen avohoidon kehittäminen on olennaista. Alueellista yhteistyötä ja yhtenäistä seurantajärjestelmää kehittämällä voidaan vähentää palvelujärjestelmän hajanaisuutta. Yksiköiden välistä työnjakoa on selvennettävä. Perusterveydenhuoltoon ehdotetaan depressiohoitajia ja toisaalta vaikean masennuksen hoito ja kuntoutusarviot tulisi keskittää. Psykoosipotilaiden hoitoa parannetaan perustamalla jalkautuvia työryhmiä (hoidon tarpeen arviointi, hoito, perhetilanteen arviointi). Psykiatrisille kuntoutujille tarvitaan myös hoidollisesti tuettuja asumispalveluita, jotta sairaalasta avohoitoon siirtyminen voidaan turvata.
2. Käypä hoito-suositusten mukaiset hoitomallit (depressio, skitsofrenia) otetaan käyttöön. Henkilökunnan osaaminen turvataan täydennyskoulutuksella.
3. Psykoterapeuttisen hoidon ja kuntoutuksen saatavuuden hallintaa parannetaan perustamalla sairaanhoitopiireihin psykoterapian arviointipoliklinikat.
4. Valtakunnallisten, yhtenäisten hoitoindikaatioiden kehittäminen käynnistetään. Tarvitaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden pisteytysmenetelmät. Tarvitaan myös valtakunnallinen seurantajärjestelmä.

Kirjallisuus

Smith D.H., Hadorn D.C., The Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Lining up for children's mental health services: a tool for prioritizing waiting lists. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 41:4, April 2002

3.5 Hoitoonpääsyn turvaaminen erikoisalan kokonaisuus huomioiden – esimerkkinä silmätaudit

| | | |
|-------|--|----|
| 3.5.1 | Nykytila | 85 |
| 3.5.2 | Hoitoonpääsyn yhtenäistäminen silmätaudeilla | 86 |
| 3.5.3 | Toimenpide-ehdotus | 86 |

3.5.1 Nykytila

Silmätautien erityispiirteenä muihin erikoisaloihin verrattuna on käytännössä lähes kokonaan puuttuva julkinen perusterveydenhuollon silmäsairaanhoido. Terveyskeskuslääkärit hoitavat etupäässä vain äkillisten silmäsairauksien ensihoidon. Lisäksi useissa terveyskeskuksissa tehdään diabeetikoiden silmänpohjakuvauksia. Silmäpotilasta hoidetaan siten joko yliopisto-, keskus- tai aluesairaalassa ja yksityissektorilla. Silmäterveydenhuollon toimivuudessa julkisen ja yksityisen silmäsairaanhoidon tasapaino näyttelee näin ollen keskeistä roolia. Hoitoilmoitusrekisterin mukaan kaksi kolmasosaa lähetteistä kirjoittaa yksityislääkäri, kaihilähetteistä yli 80 %. Useissa silmätautien yksiköissä on vakiintunut käytäntö, jonka mukaan potilas voi päästä kaihileikkaukseen tai glaukooma-arvioon vain yksityisen silmälääkärin läheteellä.

Harmaakaihi ja glaukooma kuluttavat suurimman osan (kumpikin arviolta arviolta 40 %, yhteensä 80 %) silmätautien hoitoon suunnatuista julkisista resursseista (noin 100 miljoonaa euroa vuonna 2000). Lukumääräisesti kaihileikkausten osuus kaikista silmäsuoritteista on kuitenkin vain 5 %. Näiden potilasryhmien hoitoonpääsyssä ja hoitoindikaatiossa on huomattavaa maantieteellistä vaihtelua. Myös sosioekonominen epätasa-arvo hoitoonpääsyssä on lisääntynyt 1990-luvulla.

Kansainvälisessä vertailussa Suomen kaihileikkausmäärät 1000 asukasta kohden ovat maailman korkeimpia. Keskimääräinen kaihijononpituus on kuitenkin pysynyt keskimäärin 7 kuukautena 1980-luvulta lähtien, vaikka kaihileikkausten lukumäärä samana ajanjaksona on moninkertaistunut, toisin sanoen jono ei ole lyhentynyt leikkausmääriä lisäämällä. Kirjallisuuden mukaan muillakaan kirurgisilla erikoisaloilla jonojen pituuteen ei ole ollut pitkäaikaista vaikutusta resurssien lisäämisellä, työajan jälkeisellä jononpurkuprojekteilla, toimenpiteiden ajoittaisella hankinnalla muilta palvelutuottajilta, eikä jonotuslistojen päivityksellä. Suomen silmäterveydenhuollon nykyrakenteen on todettu ylläpitävän sekä pitkiä leikkausjonoja että silmälääkärivajetta (Suomen Lääkärilehti 2003;58:2657-2663). Julkisen sektorin silmälääkärripula on kroonistunut 1980-luvulta lähtien keskimäärin 23 %:iin. Sairaanhoidopiirien palveluksessa on 137 silmätautien erikoislääkärinä, päätoimisia yksityislääkäreitä on 177 (Suomen Lääkäriliitto 2003).

Glaukoomaa (tai sen epäilyä) sairastavien potilaiden silmälääkäririkontaktien lukumäärä ja vuosittaiset kustannukset yhteiskunnalle ovat arviolta samaa luokkaa kaihipotilaiden kanssa. Siitä huolimatta glaukoomapotilaiden hoitoonpääsyn ongelmat

eivät kuitenkaan ole julkisen keskustelun piirissä, vaikka suuressa osassa maata tämä yli 60 000 potilaan ryhmä on pääsääntöisesti siirretty kokonaan hoidettavaksi yksityissektorille.

3.5.2 Silmätautipotilaiden hoitopääsyn yhtenäistäminen

Resurssien rajallisuudesta johtuen kaikkien suomalaisten kaikkia silmäsairauksia ei voida hoitaa rajoituksetta. Jos vain kaihipotilaille määritetään hoitopääsyn periaatteet, muiden silmäsairauksien hoitoon jää suhteessa vähemmän resursseja. Muihin sairauksiin kuuluvat glaukooman lisäksi myös eniten pysyvää näkövammaisuutta aiheuttavat silmäsairaudet, diabetes työkäisillä ja ikääntyvillä silmänpohjan rappeuma. Harmaakaihi on näistä sairauksista ainoa, joka hoitamattomana ei aiheuta pysyvää näkövammaisuutta.

Hoitoon pääsyä koskevien enimmäisaikojen käyttöönottoon voi liittyä myös huomattavia ei-suunniteltuja sivuvaikutuksia, mikäli hoitoon pääsyn kriteerit määritettäisiin vain kaihileikkauksille. Lisääntynyt ostotoiminta yksityissektorilta pienentää julkisen sektorin rahoitusosuutta ja heikentää entisestään sen mahdollisuuksia leikata kaihipotilaat määrääjassa. Ostotoiminnan organisointi ja valvonta muodostuu haasteelliseksi, mikäli yksityissektori sekä lähettää että leikkaa kaihipotilaat.

Kaikkien keskeisten silmäsairauksien osalta (harmaakaihi, glaukooma, diabeettinen silmäsairaus ja ikään liittyvä silmänpohjarapheuma) tulisi määrittää hoidon tarve eri indikaatioasetuksia käyttäen ja arvioida vastaavat kustannustasot 10–20 vuodeksi eteenpäin. Tämän jälkeen tulisi määrittää hoitoon pääsyn rajat ottaen huomioon yhteiskunnan silmäsairaanhoitoon osoittamat voimavarat. Julkisista varoista maksettavilla hoidoilla tulisi olla samat indikaatiot sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.

Suurimmaksi haasteeksi hoitopääsyn periaatteita määritettäessä muodostuu se, mikä taho tai kuka päättää menettelytavoista käytännössä. Ammattikunnan näkemykset eivät ole yhteneväisiä, eikä Suomessa ole päättävää elintä, jonka toimenkuvaan kuuluisi tehdä valtakunnallisia hoitolinjauksia. Jos näitä päätöksiä ei kyetä tekemään, hoitopääsyn yhtenäisyys ei toteudu käytännössä. Silmätautien erikoisalalla on siirryttävä noudattamaan samaa lähetekäytäntöä kuin muillakin erikoisaloilla.

3.5.3 Toimenpide-ehdotus

Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitopiirit sopivat oheisen taulukon (s. 87–88) mukaisesti yhtenevistä toimintakäytännöistä. Sairaanhoitopiirit sopivat harmaakaihileikkauksen aiheista valtakunnallisesti yhtenevästi s. 160 ehdotuksen pohjalta.

Valtakunnallisesti päätettävät menettelytavat silmätautien erikoisalalla

Toimintojen järjestämistavat ovat:

- sairaanhoitopiiri tuottaa itse palvelut
- ostaa muulta tuottajalta
- perusterveydenhuolto (soveltuvien osin)

1. Harmaakaihi

Jonoonasettamisen indikaatiot

- ☐ Määritetty
 - ☐ Näöntarkkuuden raja-arvo (parempi silmä) _____
 - ☐ HRQOL –mittari käytössä (raja-arvo) _____
 - Mittari: VF14, VF7, Uuden Seelannin
 - Joku muu _____

EML:n käyttö

- ☐ Käytössä. Suunniteltu osuus kaihileikkauksista _____
- ☐ Ei käytössä

Kaihileikkausten laatukriteerit

- ☐ Määritetty _____
- ☐ Ei määritetty

2. Glaukooma

Diagnostiikka ja seuranta noudattaa pääosin KH-suosituksen

- ☐ Erinomaista tasoa:
 - hermosäie- ja papillakuvat sekä kentät 1-2 vuoden välein
- ☐ Hyvää tasoa:
 - hermosäie- tai papillakuvat sekä kentät 1-2 vuoden välein
- ☐ Tyydyttävää tasoa: näkökentät kerran vuodessa

Diagnostiikka ja seuranta

- ☐ Sekä glaukooma- että OHT potilaiden diagnostiikka että seuranta hoidetaan julkisen sektorin toimesta.
- ☐ Glaukoomapotilaiden diagnostiikka ja seuranta tapahtuu julkisella sektorilla. Okulaari hypertensio (OHT) potilaat hoidetaan yksityissektorin toimesta (ostopalveluna).
- ☐ Potilaat käyvät tutkimuksissa julkisella sektorilla (näkökenttä ja kuvaukset), mutta lääkärikäynnit tapahtuvat yksityissektorilla (ostopalveluna).
- ☐ Julkiselle sektorille pääsee yksityislääkärin läheteellä konsultaatioon. Potilaat hoidetaan yksityissektorin toimesta (ostopalveluna).

Painemittaukset silmälääkärin asettaman painetavoitteen kontrolloimiseksi

- ☐ Julkisen sektorin silmälääkärillä
- ☐ Muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä julkisella sektorilla
- ☐ Yksityisellä silmälääkärillä (ostopalveluna)
- ☐ Muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä yksityissektorilla (ostopalveluna)

4. Diabetes

Jonon pituus silmänpohjan laser-hoitoon

- ☐ Alle _____ viikkoa

Seulontakuvaus

- ☐ Kuvaus järjestetty. Kattavuus _____ % alueen kunnista

Kuvausten tiheys, kun ei ole havaittavia muutoksia silmänpohjissa

- ☐ DM1 _____ vuoden välein
☐ DM2 _____ vuoden välein

Seulontakuvat arvioi

- ☐ Perusterveydenhuollon lääkäri
☐ Silmälääkäri
☐ Muu tehtävään koulutettu henkilö kuin lääkäri

Kuvauksen järjestämisvastuu on

- ☐ Peruskunnilla
☐ Erikoissairaanhoidolla
☐ Yhteistyössä peruskunnilla ja erikoissairaanhoidolla

Kuvauksen suorittaminen

- ☐ Digitaalinen kuvausjärjestelmä
☐ Keskitetty alueellinen kuva-arkisto
☐ Kuvauspaikkakohtainen arkistointijärjestelmä. Mikä?
☐ Paperikuvat
☐ Yksityissektorilla (ostopalveluna)

5. Ikään liittyvä silmänpohjanrappeuma

Hoitoindikaatiot

- ☐ FAG:n perusteella
☐ Vain ns. klassiset muodot
☐ Myös ns. okkultit. Millä indikaatioilla?

6. Muut kokonaisuudet / silmäsairaudet

Koululaisten silmätutkimukset

- ☐ Yksityisellä silmälääkärillä, kunnat ostavat
☐ Julkisella sektorilla, terveyskeskuksen silmälääkäri
☐ Julkisella sektorilla (yliopisto-, keskus- tai aluesairaala)
☐ Optikolla

Krooniset silmäsairaudet

- ☐ karsastus ja heikkonäköisyys
☐ värikalvon tulehdukset
☐ muut _____

4 Hoidon saatavuuden turvaaminen hoidon aiheita yhtenäistämällä

- 4.1 Johdanto**
 - 4.2 Tekonivelet**
 - 4.3 Kuulon apuvälineet**
 - 4.4 Sepelvaltimotautikohtauksen hoito**
 - 4.5 Suonikohjujen poistosta pintalaskimoiden virtaushäiriön korjaamiseen**
-

4.1 Johdanto

Hoidon saatavuutta mitataan usein erikoissairaanhoidossa operatiivisen toiminnan hoidon saatavuutena. Somaattisen erikoissairaanhoidon läheteistä tulee kuitenkin konservatiivisille erikoisaloille keskimäärin kaksi viidesosaa ja lähes 90 % kyseisten erikoisalojen vuodeosastohoidossa olleista potilaista hakeutuu hoitoon päivystyksen kautta. Erilaisissa hoitojonoissa konservatiivisten alojen potilaita oli 5 % kaikista hoitoa odottavista. Hoidon arvioon pääsyä jonotetaan konservatiivisilla aloilla (poliklinikkajonot), erityisesti neurologiassa. Kirurgiassakin päivystyspotilaiden määrä vaihtelee kirurgian eri alojen välillä, mutta on keskimäärin 50 % hoidetuista potilaista.

Vuosittain erikoissairaanhoidossa asioi vajaa kolmannes sairaanhoitopiirien väestöstä. Näistä noin viidennekselle tehdään vuosittain jokin ei-kiireellinen operatiivinen toimenpide. Ylivoimaisesti suurin osa, 4/5 osaa erikoissairaanhoidon potilaista asioi siis päivystyksellisen tai muuten kiireellistä hoitoa vaativan asian tai pitkäaikaisen kroonisen sairauden takia erikoissairaanhoidossa.

Erikoissairaanhoidossa hoidon saatavuutta parannettaessa on siis arvioitava laajalaisesti kaikkia erikoissairaanhoidon toimintoja ja niiden tuottamaa terveyshyötyä. Hoitoprosesseja tulisi arvioida ja kehittää systemaattisesti alueen muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Erikoissairaanhoidon arvioon lähetetyn uuden potilaan arviointi tulisi asettaa etusjalle sairauden laadun ja vaikeusasteen määrittämiseksi moiniin jo hoidossa oleviin potilaisiin nähden. Erikoisalakohtaisesti terveydenhuollon asiantuntijoiden tulisikin määrittää mikä osuus poliklinikkakäynneistä tulisi varata ensikäyntipotilaille, jotta läheteellä tulleiden potilaiden sairauksien vaikeutumisriski on verrannollinen jo hoidossa olevien potilaiden riskiin.

Potilaslain mukaan hoitopäätökset on tehtävä yhteistyössä potilaan kanssa ottaen huomioon potilas kokonaisuutena, hänen toiveensa ja tarpeensa, hänen oireensa ja yleistilansa sekä sairauden vaihe ja ennuste. Nämä seikat sovitetaan tarjolla oleviin hoitovaihtoehtoihin, joissa huomioidaan erityisesti hoidosta saatava hyöty ja siitä aiheutuvat haitat kuin myös hoidon kustannukset ja toteuttamismahdollisuudet. Kyse on itse asiassa priorisoinnista. Oikein ymmärrettynä priorisointi tarkoittaa oikean, potilaan edun mukaisen hoidon toteuttamista oikealla hetkellä. Tehoton turha hoito ei ole potilaan edun mukaista.

Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoratkaisut tulisi edellä kuvatusti toteuttaa aina lääketieteellisin perustein, jotka pohjautuvat tieteelliseen näyttöön ja ovat yleisesti hyväksyttyjä. Lääkäriyhteisöjen tulisi arvioida hoitojen vaikuttavuus Käypä hoito -suositusten tapaan ja karsia vaikuttamattomat hoidot pois. Samoin on arvioitava hoidon toteutusta, siihen liittyvien uusintakäyntien toteutusta erikoissairaanhoidossa / terveyskeskuksessa tai voidaanko osa toiminnasta siirtää muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamaksi.

Seuraavassa on kuvattu neljä sairausryhmää, joille on laadittu järjestelmällinen tapa arvioida hoidon aiheet.

4.2 Tekonivelet

| | |
|--|-----------|
| 4.2.1 Ortopedisten leikkaushoitojen saatavuus | 91 |
| 4.2.2 Tavoitteet | 93 |
| 4.2.3 Toimenpide-ehdotukset | 93 |

4.2.1 Ortopedisten leikkaushoitojen saatavuus

Tekonivelet

Suomen Kuntaliitto kokosi sairaaloiden tammi-huhtikuu 2003 osavuositarkastuksista saatavien tietojen pohjalta tarkastuksen leikkauksiin ja hoitoihin odottavien määrästä 30.4.2003. Kaikkiaan leikkaustoimenpiteisiin odotti 142 000 potilasta. Kirurgisiin toimenpiteisiin jonotti noin 79 000 potilasta (luvussa ei ole mukana gynekologisiin, korva-, nenä- ja kurkku- sekä silmäleikkauksiin jonottavat). Näistä suurin osa, 48 % (noin 38 000) jonotti ortopedisiin leikkauksiin pääsyä. Erikoislääkärin konsultaatioon poliklinikoille jonottavien määrästä tai jonotusajoista ei ole kattavaa selvitystä.

Erityisesti tekonivelleikkauksiin jonottavat ovat olleet keskeisen huomion ja huolenaiheen kohteena.

Stakesin hoitoilmoitusjärjestelmä (HILMO) tuottaa tietoja mm. toteutuneista leikkausmäärästä ja jonotusajoista sekä niiden alueellisista vaihteluista jälkikäteen. Tällä hetkellä on käytettävissä tiedot vuonna 2002 toteutuneista toimenpiteistä. Stakesin omien selvitysten mukaan jonotustietojen kattavuudessa on puutteita.

Yleisimmät ortopediset leikkaustoimenpiteet ovat polven niveltähystykset, lonkan ja polven tekonivelleikkaukset, välilevytyräleikkaukset, luun sisäisten kiinnitysvälineiden poistoleikkaukset sekä rannetunnelin vapautusleikkaukset. Taulukoissa 1 ja 2 esitetään vuonna 2002 toteutuneiden leikkausten lukumäärät ja keskimääräiset jonotusajat sekä niiden alueelliset (sairaanhoitopiirikohtaiset) vaihtelut.

Suomessa tehdään noin 12.000 tekonivelleikkausta vuodessa. Leikkauksia tehtiin vuonna 2001 kaikkiaan 70 sairaalassa, uusintaleikkauksiakin 56 sairaalassa. Uusintaleikkausten osuus on merkittävä (n.15 %). Noin puolessa näistä sairaaloista tehdään vähemmän kuin STM:n suosittama määrä (200) tekonivelleikkausta vuodessa.

Lonkan tekonivelleikkauksia Suomessa tehdään noin 11 /10 000 asukasta kohden kun esimerkiksi Norjassa tehdään 17,1 ja Ruotsissa 16,6 leikkausta.

Erot asukaslukuun suhteutetuissa leikkauksilukumäärissä ovat sairaanhoitopiirien välillä moninkertaisia (3 – 13-kertaisia). Tämä kertoo paitsi mahdollisista resurssieroista, etenkin erilaisista hoitokäytännöistä.

Hoidon saatavuus vaihtelee sairaanhoitopiirien välillä vielä enemmän. Erot ovat 3 – 12-kertaisia.

Vielä suurempia vaihteluita hoidon saatavuudessa on kun tarkastellaan sairaanhoitopiirien sisällä eri sairaaloiden toteutuneita jonotusajoja. Kaikkiaan yli 3 kuukautta tekonivelleikkausta jonotti vuonna 2002 noin 7200 potilasta. Leikkausten lukumäärillä ja jonotuksen pituudella ei ole suoranaista yhteyttä.

Kohtuuttoman pitkä jonottaminen tekonivelleikkaukseen saattaa tuoda lisäongelmia; leikkauksen tekninen vaikeutuminen (erityisesti uusintaleikkauksissa, joissa luun

laatu heikkenee) ja potilaan yleiskunnon heikkeneminen ja niiden myötä leikkaustuloksen todennäköinen huonontuminen, kuntoutusjakson pitkittyminen ja elämänlaadun heikkeneminen.

Taulukko 1. Vuosina 2001 ja 2002 päättyneiden hoitojaksojen hoitoilmoitukset

| | Hoitojaksoja | | Hoitojaksoja/10.000 as | |
|---|--------------|--------|------------------------|------|
| | 2001 | 2002 | 2001 | 2002 |
| Lonkan tekoniivelleikkaus (NFB30 – NFB99) | 5 256 | 5 827 | 10,1 | 11,2 |
| Lonkan tekoniivelen uusintaleikkaus (NFC00 – NFC99) | 1 365 | 1 238 | 2,6 | 2,4 |
| Polven tekoniivelleikkaus (NGB10 – NGB99) | 5 225 | 6 153 | 10,1 | 11,8 |
| Polven tekoniivelen uusintaleikkaus (NGC00 – NGC99) | 436 | 500 | 0,8 | 1,0 |
| Nikamavälilevyn toimenpiteet (ABC01 – ABC26) | 3 602 | 3 704 | 6,9 | 7,1 |
| Polven tähytys ja nivelkierukkaan kohdistuvat toimenpiteet (NGA30, NGD05, NGD15, NGD25) | 18 130 | 17 417 | 34,9 | 33,5 |
| Luun sisäisen kiinnitysvälineen poisto (NAU10,20, NBU10,20, NCU10,20, NDU10,20, NHU10,20) | 6 344 | 4 306 | 12,2 | 8,3 |
| Rannetunnelin vapautusleikkaus (ACC59 + dg G56.0) | 5 309 | 6 030 | 10,2 | 11,6 |

Lähde: Stakes/Tieto 2003

Taulukko 2. Toimenpiteiden ja jonotusaikojen vaihtelut sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002

| | Hoitojaksoja/10.000 as | | | Keskim. jonotusaika (vrk) | | |
|---|------------------------|--------|--------|---------------------------|-------|---------|
| | Vähiten | Eniten | Ero(x) | Lyhin | Pisin | Ero (x) |
| Lonkan tekoniivelleikkaus (NFB30 – NFB99) | 8,6 | 21,0 | 2,5 | 88 | 384 | 4,5 |
| Lonkan tekoniivelen uusintaleikkaus (NFC00–NFC99) | 1,2 | 3,6 | 3 | 63 | 234 | 4 |
| Polven tekoniivelleikkaus (NGB10–NGB99) | 7,3 | 21,9 | 3 | 81 | 678 | 8,5 |
| Polven tekoniivelen uusintaleikkaus (NGC00–NGC99) | 0,2 | 2,7 | 13 | 40 | 666 | 12 |
| Nikamavälilevyn toimenpiteet (ABC01 – ABC26) | 3,1 | 10,9 | 3,5 | 8 | 86 | 10 |
| Polven tähytys (NGA30) | 5,0 | 16,9 | 3 | 65 | 217 | 3 |
| Nivelkierukkaan kohdistuva tähytysleikkaus (NGD05, NGD15, NGD25) | 17,3 | 43,8 | 3 | 63 | 204 | 3 |
| Luun sisäisen kiinnitysvälineen poisto (NAU10,20, NBU10,20, NCU10,20, NDU10,20, NHU10,20) | 4,6 | 14,9 | 3 | 29 | 257 | 9 |
| Rannetunnelin vapautusleikkaus (ACC59 + dg G56.0) | 5,3 | 20,6 | 4 | 45 | 198 | 4 |

Lähde: Stakes/Tieto 2003

Pitkittyneen jonotuksen arvioidaan aiheuttavan lisäkustannuksia, jotka koituvat mm. pitkittyvistä työkyvyttömyysjaksoista, eläketapahtumista, lääke- ja fysioterapiakustannuksista, apuväline- ja apuhenkilökustannuksista sekä laitostumisesta. Tältä osin koko hoitoketjun omistustressiä ja kokonaisvastuuta tulisi tukea osaoptimoinnin sijaan.

4.2.2 Tavoitteet

Hoidon saatavuus tulisi turvata tietyillä aikatavoitteilla (polikliniseen arvioon 3 viikossa ja leikkaushoitoon 3:ssa, enintään 6:ssa kuukaudessa), potilaan näkökulmaa ja valinnanvapautta korostaen.

On luotava valtakunnallisesti yhtenevät hoitoidindikaatiot jonoon asettamisesta ja hoidon kiireellisyydestä sekä primaari- että uusintaleikkauksille. Olisi laadittava nivelrikon käypä hoito-suositus.

Liitteenä pisteytysmalli (s. 161), jossa kivun, toimintakyvyn, toiminnallisen tilan, työkyvyn, asuinolosuhteiden ja röntgenologisen löydöksen jne. mukaisesti on arvioitavissa leikkausindikaatio.

Hoitoketjujen yhtenäistämällä ja tehostamisella pyritään säästöihin kokonaiskustannuksissa, parempaan tuottavuuteen.

On varmistettava myös tasa-arvoisen laadun toteutuminen. On tehtävä tekonivelkirurgian erityisongelmien valtakunnallinen keskittämissuositus (esim. vaikeat uusintaleikkaukset, verenvuototautia sairastavien ja lyhytkasvuisten nivelongelmat, vaikeat niveldeformaatiot, lonkan dysplasiat ja korkeat sijoiltaanmenot).

On hyödynnettävä joustavasti ja taloudellisesti jo olemassa olevia osaamisresursseja verkostoimalla paitsi julkisen, myös kolmannen ja yksityissektorin osaamista.

Hoidon saatavuutta on monitoroitava avoimesti ja kattavasti. On luotava sairaala-kohtaiset riittävän monipuoliset jonotustiedot, jotka ovat avoimia myös hoidon maksajille ja potilaille.

Tavoitteena on myös kattava verkkopohjainen rekisteri (liittyen mahdollisesti valtakunnalliseen sähköiseen sairauskertomusuudistukseen) joka mahdollistaisi tekonivelten elinkaarianalyysien lisäksi myös mm. hoitokäytäntöjen, jonotusaikojen ja hoitotulosten seurannan ja vertaisarvioinnin sekä samalla myös hoitosuositusten tehokkaamman implementoinnin.

4.2.3 Toimenpide-ehdotukset

Työryhmä esittää, että pisteytysjärjestelmä otetaan käyttöön polven ja lonkan primäärien tekonivelleikkausten hoidon aiheiden määrittämisessä.

4.3 Kuulon apuvälineet

| | |
|--|-----------|
| 4.3.1 Kysely sairaanhoitopiireille | 94 |
| 4.3.2 Henkilöstö ja koulutus | 97 |
| 4.3.3 Kuulokojeet | 98 |
| 4.3.4 Työryhmän toimenpide-ehdotukset | 98 |

Kuulon apuvälineet valittiin hoidon saatavuuden esimerkiksi:

- kuulonalenema on merkittävä kansanterveysongelma
- suuret ikäluokat tulossa ikähuonokuuloisuuden esiintymisikään, joten tarve lisääntyy merkittävästi
- sairaanhoitopiirien väliset erot kuulokojeiden saatavuudessa ja jonotusajoissa ovat merkittävät
- verrattuna muihin pohjoismaihin ja Englantiin Suomessa jonotusajat ovat pitkiä ja palvelun kokonaisvolyyymi väestöön nähden merkittävästi pienempi
- kuulokojeiden määrä väestöön nähden on merkittävästi pienempi kuin kuulonaleneman esiintyvyys
- hoidon saatavuuden turvaaminen ei tarkoita ainoastaan leikkauksia ja toimenpiteitä, vaan myös kuntoutus ja toimintakyvyn varmistavat apuvälineet kuuluvat yhtä lailla turvattavan hoidon käsitteen piiriin

Suomessa on arviolta 700 000 henkilöä, joilla on alentunut kuulo ja n. 300 000 tarvitsee kuulon kuntoutusta. Joidenkin tutkimusten mukaan huonokuuloisia on aikuisväestöstä n. 15 %, mutta toisten arvioiden mukaan jopa 18-20 %. Kuulokojeesta voisi olla apua jopa 85 %:lle huonokuuloisista. (Dacheta ym. 2001.) Kuulokojeesta on todettu olevan eniten hyötyä keskivaikeissa kuulovioissa. (Möller 2003.) Pohjoismaiden ja Iso-Britannian kesken toteutetun Hearing Impairment Among Adults (HIA) -projektin kartoituksen mukaan kuulokojeiden vuosittainen käyttöönottomäärä on pienin Suomessa, 2,72 kojetta tuhatta asukasta kohti. Yhdessäkään selvityksessä mukana olleessa maassa ei kuulokojeiden käyttäjien osuus ollut lähelläkään 5 %, jonka on arvioitu olevan yli 45dB:n kuulon alenemasta kärsivien osuus väestöstä. (Dacheta ym. 2001.)

Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet suuria vaihteluja kuulonhuoltopalvelujen järjestämisessä. Aiempien tutkimusten perusteella odotusaika kuulonhuollon ensiarvioon on Suomessa pitkä. Kansainvälisen vertailun mukaan kuulokojeiden käyttöönottomäärä maassamme on pienin ja kustannukset suurimmat. (Dacheta ym. 2001, Barton ym. 2003.)

4.3.1 Kysely sairaanhoitopiireille

Suomen kuulonhuoltopalveluiden nykytilan kartoittamiseksi lähetettiin kysely sairaanhoitopiirien kaikkiin neljäänkymmeneen kuulonhuoltopalvelusta vastaavaan yksikköön. Kyselylomakkeen palautti 70 % (n=28) yksiköistä. Pääpaino tuloksissa on yliopistosairaaloiden vastauksissa.

Vuonna 2002 kojeen saajia oli koko maassa enemmän kuin yksiköihin saapuneita lähetteitä. Tämä tarkoittaa, että palvelujen tarvitsijoiden joukossa on paljon kojeen uusijoita. Lähetteet luokiteltiin lähes joka sairaalassa kiireellisyysluokkiin I-III. Lähetteiden saapumisjärjestys oli käytössä vain muutamassa yksikössä.

Odotusajat kuulokojeearvioon ja -sovitukseen ovat pitkiä. Jonotusajat vaihtelevat suuresti eri sairaaloiden kesken. Ensiarvioon odottavien jonotusajan keskiarvo kyselyyn vastanneissa sairaaloissa oli 6,7 kuukautta. Yliopisto- ja keskussairaaloiden jonottajien määrät alueiden asukaslukuun verrattuna olivat kuitenkin melko samanlaisia keskenään. Yliopistosairaloissa suurimpana kuulokojeisiin liittyvänä ongelmana pidettiin pitkää odotusaikaa vastaanotolle, jossa päätetään tarvitseeko potilas kuulokojeen. Sovituksen jälkeen potilas saa kojeen nopeasti käyttöönsä. Koko prosessi lähetteen kirjoittamisesta kojeen käyttöönottoon saattaa viedä lähes kolme vuotta.

Kojeiden keskimääräinen käyttöönottomäärä kyselyn perusteella on 3,06 kojetta tuhatta asukasta kohti. Tällä hetkellä koje on n. 1 %:lla väestöstä, kun tavoite on 5 % (Dacheta ym. 2001). Kojeiden todellisen käyttöönottomäärän pitäisikin olla > 8 kojetta tuhatta asukasta kohti. Luovutettujen kojeiden ja tarjottujen palveluiden määrässä on suurta vaihtelua sairaaloiden kesken. Ensimmäisen kojeen saajien osuus kaikista luovutetuista kojeista vuonna 2002 oli vain 45 %. Molempiin korviin kojeen oli saanut vain pieni osa kaikista kojeen saajista. Esimerkiksi Tanskassa ja Englannissa koje tarjotaan yleensä molempiin korviin. Suomessa molemmissa korvissa kojeita käyttäneet olivat pääasiassa lapsia.

Yliopistosairaaloiden kuulokeskusten henkilöstötyökuukausissa oli vaihtelua. Kyselyn perusteella eniten henkilöstötyökuukausia kertyi OYSsissa, vähiten KYSissa. Eniten henkilöstömäärään verrattuna kojeita luovutettiin HYKSista, vähiten OYSista. Kyselyn perusteella kuuloasemilla on riittämätön määrä henkilöstöä kuulonhuoltopalvelujen turvaamiseksi. Kuulonhuoltoyksiköt ovat myös huolissaan ammattitaitoisen henkilöstön saatavuudesta tulevaisuudessa.

Yhteenveto

Vastauksia saatiin joka puolelta Suomea, paitsi Ahvenanmaalta, vaikka kaikki sairaanhoitopiirit eivät vastanneetkaan. Osa vastauslomakkeista oli täytetty puutteellisesti. Vastaamatta jättämisen syy oli useimmiten se, ettei kysyttyä asiaa ollut tilastoitu. Osassa sairaanhoitopiirejä on useampi kuin yksi kuulonhuoltopalveluita järjestävä yksikkö, mutta vain Varsinais-Suomen sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä tuli enemmän kuin yksi vastaus.

Kysely osoittaa, että sekä tarjottujen palvelujen määrä että jonotusajat vaihtelevat paljon alueittain.

Kuulonhuoltopalveluita odottavia on paljon ja odotusajat ovat pitkiä. Ikä on tärkein priorisointikriteeri. Lähetteiden kiireellisyysluokituksen perusteella työikäiset ja lapset ohittavat yleensä aina vanhusväestön, joten vanhusten tilanne jonoissa on keho ja lainvastainen. Hoidon saatavuus potilaiden tasavertaisen kohtelun kannalta iän, varallisuuden tai asuinpaikan suhteen ei toteudu maassamme kuulonhuoltopalveluiden osalta.

Kotikunnalla on merkitystä hoidon saatavuudessa. Kuntien on vaikea arvioida kuulonhuoltopalveluiden vuosittaista tarvetta. Tarve arvioidaankin usein liian vähäiseksi, jolloin määrärahat loppuvat kesken vuoden, jolloin jonot pitenevät. Apuvälinepalveluita koskeva laatusuositus korostaa palveluiden seurannassa mm. palveluiden kattavuutta ja kohdentuvuutta, kustannusseurantaa, laatua sekä palveluiden toimivuutta (STM-oppaita 2003:7).

Taulukko 1. Kuulonhuoltoyksiköiden jonotilanne vuonna 2002

| Sairaala | Kuulon- huolto- yksiköihin saapuneet lähetteet | Ensim- mäisen kuulo- kojeen saajien koko- nais- määrä | Kuulo- kojeen saajien koko- nais- määrä | Kuulo- kojeiden määrä tuhatta sairaan- hoito- piirin asukasta kohti | Odotus- ajan mediaani ensi- arviosta kuulo- kojesovi- tukseen | Kuulo- koje- sovituk- seen odotta- neiden koko- nais- määrä 30.4.2003 |
|-----------------------|--|--|--|---|--|--|
| TYKS, Turku | 1 400 | | 1 293 | 2,9 ¹ | | 914 |
| HYKS, Helsinki | 1 896 | 1 534 ² | 2 360 ² | 1,7 ¹ | 730 pv ³ | 1 443 |
| OYS, Oulu | 1 700 ⁴ | 451 | 991 | 2,7 | 30 pv | 800 ⁴ |
| KYS, Kuopio | 1 508 | 456 | 719 | 2,9 | 35 pv | 289 |
| TAYS, Tampere | 2 100 | 900 ⁴ | 1 616 | 3,6 | 365 pv | 500 ⁴ |
| Vaasan KS | 400 ⁴ | 300 | 380 | 2,3 | 90 pv | 75 |
| Satakunnan KS | | 300 ⁴ | 610 ³ | 2,6 | | 329 |
| Päijät-Hämeen KS | 123 | 346 ⁴ | 692 | 3,3 | 14 pv | 230 |
| Pohjois-Karjalan KS | 550 | 420 | 642 | 3,7 | 30 pv | 40 |
| Länsi-Pohjan KS | | 125 | 295 | 4,3 | 180 pv ⁵ | |
| Lapin KS | 1 500 ⁴ | 180 | 346 | 2,8 | 5 pv | 250 ⁴ |
| Keski-Suomen KS | | | 581 | 2,2 | 20 pv | 98 ⁶ |
| Keski-Pohjanmaan KS | | 145 ⁴ | 317 | 4,1 | | 195 |
| Kanta-Hämeen KS | 800 ⁴ | 200 ⁴ | 400 ⁴ | 2,4 | 480 pv | 500 ⁴ |
| Kymenlaakson KS | | 200 ⁴ | 596 | 3,3 | | 85 ⁷ |
| Kainuun KS | 179 | 117 | 310 | 3,6 | 30 pv | 24 ⁴ |
| Mikkelin KS | 200 ⁴ | 179 | 378 | 3,5 | | 34 ⁸ |
| Etelä-Karjalan KS | | | 393 | 3,0 | | |
| Seinäjoen KS | 283 | 250 ⁴ | 643 | 3,3 | 0 pv | 66 |
| Savonlinnan KS | 440 ⁴ | | 199 | 3,0 | 0 pv | 69 |
| Vakka-Suomen sairaala | 300 ⁴ | 32 | 60 | | 60 pv | 56 |
| Loimaan sairaala | | 85 | 173 | | 80 pv | 65 ⁴ |
| Lohjan sairaala | 132 ⁴ | 96 ⁴ | 191 | | 30 pv | |
| Hyvinkään sairaala | 230 | 170 | 211 | | 30 pv | 27 |
| Jorvin sairaala | 362 | 145 | 375 | | 14 pv | 170 |
| Yhteensä | 14 103 | 6 631 | 14 771 | 3,06 ³ | | 6 174 |

¹⁾ Lukuun ei ole laskettu sairaanhoitopiirin muiden kuulonhuoltoyksiköiden luovuttamia kojeita

²⁾ Kaikki kuulon apuvälineet

³⁾ Keskiarvo

⁴⁾ Arvio

⁵⁾ Lähetteen saapumisesta

⁶⁾ Tilanne 5.6.2003

⁷⁾ Tilanne 17.7.2003

⁸⁾ Tilanne 16.6.2003

Valtion lisäbudjettiin kansallista terveyshanketta varten vuonna 2002 myönnettyä yhteensä 25 milj. euron suuruista jononpurkurahaa oli käyttänyt vuonna 2003 vain kuudessa kyselyyn vastanneessa kuulonhuoltoyksikössä, yliopistosairaaloista TAYS ja HYKS. 30.6.2003 mennessä koko maassa käytetystä jonopurkurahasta kuulonhuoltoyksiköiden osuus oli n. 5,3 %. Tämä on varsin vähäinen määrä verrattuna siihen, että kuulonhuoltopalveluihin on kaikkialla maassa pitkät jonot.

4.3.2 Henkilöstö ja koulutus

Kuulontutkija ei ole asetuksella laillistettu ammattihenkilö tai nimikesuojattu terveydenhuollon ammatti. Kuulontutkijoita on koko maassa koulutettu yhteensä vain n. 280, joista n. 250 tekee koulutustaan vastaavaa työtä, osa yksityisyrityksenä (Kaijola 2003). Kuulontutkijoiden keski-ikä on korkea ja eläköityminen suurta. Kuulontutkijaksi kouluttautuminen on yhteensä lähes 200 opintoviikon kokonaisuus. (Sairaanhoitajan 140 ov tai terveydenhoitajan 160 ov koulutus + 32 ov kuulontutkijan lisäkoulutus). Tänä syksynä koulutuksen oli tarkoitus alkaa Helsingissä, mutta hakijoiden vähäisyyden vuoksi koulutusta ei järjestetä. (Moilanen 2003.) Kuulontutkijayhdistyksen mukaan koulutuksen rahoituksesta kukaan ei ole ottanut päävastuuta (Kaijola 2003). Koulutus on rahoitettu lähinnä TE-keskusten ja työnantajien tuella (Moilanen 2003). Uusi (20-40 ov.) opetussuunnitelma on suunnitteilla. Mikäli uuden opetussuunnitelman mukainen koulutus aloitetaan terveydenhuoltoalan erikoistumiskoulutuksena, rahoitus tapahtuu opetusministeriön kautta. (Jääskeläinen 2003.) Työvoimapula huomioiden tavoitteena on saada kuulontutkijakoulutus säännölliseksi ainakin kahdessa ammattikorkeakoulussa, joissa sitä järjestettäisiin vuorovuosin. (Kaijola 2003, Moilanen 2003.)

Lääkäriliiton tilastojen mukaan v. 2002 Suomessa oli työikäisiä audiologeja vain 16. (Vänskä 2003.) Vanhan erikoislääkärien koulutusjärjestelmän mukaan audiologia oli korva- ja kurkkutautien erikoisanalan jatkokoulutusohjelma, nk. suppea erikoisala. Audiologien koulutus on päättynyt v. 1998 voimaan tulleen OPM:n asetuksen (678/1998) pohjalta. Tällä hetkellä muutama lääkäri on vielä kouluttautumassa siirtymäkauden säädöksiin, jotka ovat voimassa vuoden 2005 loppuun. Menetettyä erikoislääkärikoulutusta korvamaan on luotu Suomen lääkäriliiton erityispätevyys, joka on sisällöltään samanlainen vanhan koulutuksen kanssa. Audiologian erityispätevyyttä on suorittamassa pari lääkäriä. Tällä hetkellä lääketieteelliset tiedekunnat ovat perustamassa samansisältöisiä lisäkoulutusohjelmia. Kaikkiaan lääkäreiden koulutus näyttää kuitenkin jatkuvan vaikkakin statukseltaan muuttuneena. (Grenman 2003) <http://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyydet/audiologia.html> 14.10.2003, Sorri 2003.)

Väestön ikääntyessä ja huonokuuloisuuden lisääntyessä nykyinen audiologian koulutus ei ole riittävä turvaamaan tulevaisuuden kuulonhuoltopalvelujen tasoa. Audiologian opetus lääkärien peruskoulutuksessa on vähäistä; luento-opetusta 3-10 tuntia ja ryhmäopetusta 2-20 tuntia yliopistosta riippuen (Mäki-Torkko 1998). Korva-, nenä- ja kurkkutautien (KNK) erikoislääkärikoulutukseen sisältyy edelleen audiologiaa, mutta sen osuus on vähäinen. HYKSissä esimerkiksi KNK-erikoislääkärikoulutukseen sisältyy vain kaksi kuukautta kokopäivätoimista kuulokeskuspalvelua (Marttila 2003). KNK-erikoislääkäritentin kuudesta kysymyksestä yksi koskee audiologiaa (Sorri 2003). Vuonna 2003 työikäisiä KNK-erikoislääkäreitä oli koko maassa 306 (Suomen lääkäriliitto 2003, <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/laakaritilastot/erikoislaakarit.html> 14.10.2003).

Puheterapeutteja koulutetaan tällä hetkellä Helsingin ja Oulun yliopistoissa. Erikoispuheterapeuttikoulutus alkaa vuoden 2004 alussa aikuis- ja lastenneurologisten kommunikointihäiriöiden aloille Helsingissä ja Oulussa.

Hyvinvointitekniiikan koulutusohjelmassa Oulun yliopistossa on aloitettu yhteistyössä lääketieteellisen-, luonnontieteellisen- ja teknillisen tiedekunnan kanssa koulutus, joka johtaa terveydenhuollon tekniikan yleisosaamiseen. Sovellusalueena tässä voi olla audiologia. Tämä ei varsinaisesti merkitse teknisen audiologian koulutusta, mutta voi osaltaan helpottaa alalle kouluttautumista. (http://www.medicine oulu.fi/opinto-opaat/opinto-opas_2003-2004.pdf 14.10.2003.)

4.3.3 Kuulokojeet

Erilaisia kuulokojetyyppejä on markkinoilla n. 600. Kuulonhuoltoon osallistuvalla henkilökunnalta on mahdoton edellyttää näin suuren valikoiman tuntemista. Hyvä kojeen käytön ohjaus parantaa hoitomyöntyvyyttä, jolloin suppeampi kojevalikoima olisi taroituksenmukainen. Peruskojevalikoima helpottaisi myös potilaan kojeen käytön oppimista. Tästä syystä valtakunnallisesti tai alueellisesti sovittu kojevalikoima olisi tarpeen. Näin kojeiden yhteishankintamenettelyä eri alueiden kesken voisi myös kehittää. Nykyisin suurin osa kojeista jää palauttamatta, jolloin kalliit laitteet jäävät käyttämättömiksi (Sorri 2003). Potilaiden omaisilla tai avopalveluiden henkilökunnalla ei myöskään aina ole tietoa siitä, että tarpeeton kuulokoje tulisi palauttaa kuulonhuoltoyksikköön. Kuulonhuoltoyksiköiden ehdottama panttimaksu, joka palautetaan kojeen palautuessa voisi olla toimiva vaihtoehto. Näin voitaisiin myös organisoida kojeiden mahdollista kierrätystä. Kustannusten vähentämiseksi olisi syytä tehdä valtakunnallinen suositus kojeiden palauttamisesta.

4.3.4 Työryhmän toimenpide-ehdotukset

Selvityksen mukaan kuulokojeiden jono-ongelman ydinkysymys on viive pääsyssä kuulokojeen tarvearvioon. Työryhmä toteaa, että kuulokojeen kaltainen apuväline on yhtä lailla lääketieteellisesti tarpeellista hoitoa, ja esitetyt hoitoon pääsyn aikarajat koskevat myös näitä potilaita.

1. Kuulokojekustannuksia voitaneen vähentää, mikäli sairaanhoitopiirit pystyvät supistamaan käytössä olevaa laitevalikoimaa, muodostamaan hankintarenkaita ja kilpailuttamaan laitevalmistajia. Myös potilaille tarpeettomiksi käyneiden kojeiden palautus ja uudelleen käyttö on järjestettävä.
2. Henkilöstön osaaminen ja saatavuus on turvattava. Erityisesti kuulontutkijoiden saatavuus on uhattuna. Koulutusohjelman pituus ja sisältö ehdotetaan uudelleen arvioitavaksi. Myös audiologien ja teknisen henkilöstön saatavuus tulee arvioida kasvavan palvelutarpeen näkökulmasta. Perusterveydenhuollon ja kotipalvelun henkilöstöllä on myös tarvetta saada opastusta kojeiden peruskäyttöön, -säätöihin ja potilasohjaukseen.
3. Sairaanhoitopiirit sopivat yhtenäisistä raja-arvoista kuulokojeen luovuttamiseen. Indikaattorajan asettamisen vaikeutena on kuulovammojen moninaisuus ja se, ettei kuulokojeen tarvetta voi määrittellä yksinomaan kuulon aleneman desibeliluvulle. Peruslähdekohdaksi ehdotetaan raja-arvoa:

Paremmman korvan kuulon alenema (BEHL better ear hearing level) taajuusalueella 0,5-2kHz

- lapset $\geq 25\text{dB}$
- aikuiset $\geq 30\text{dB}$
- vanhukset $\geq 35\text{dB}$

4. Valtakunnallisen seurantajärjestelmän mukaisesti tarvitaan myös yhtenevä sähköinen tietokanta, jolla voidaan palveluiden saatavuutta eri sairaanhoitopiireissä seurata (esim. HILMON yhteyteen).

Kirjallisuus

Asetus erikoislääkärin tutkinnosta (678/1998)

Barton, G.R., Davis, A.C., Parving, A., Roine, R., Sorri, M. & Stilvén, S. (2003): Survey of Adult Hearing service expenditure and provision in Denmark, Finland and the UK. Raporttiyhteenvedo.

DACHETA, FinOHTA, SBU & SMM (2001): Hearing Impairment Among Adults (HIA) – Report of a joint (Nordic – British) project. Edita Oyj, Helsinki 2001.

Immonen Susan, 2003, Tampereen yliopisto, opinnäytetyö (julkaisematon)

Mäki-Torkko, E. (1998): Childhood hearing impairments and hearing screening: An epidemiological and clinical study of hearing in children and the implementation of the present hearing screening programme for pre-school children in Northern Finland. Acta Universitatis Ouluensis D462. Oulun yliopisto. Oulu 1998.

Möller, C. (2003): Patienter som behöver hörapparater behandlas förvirrande ojämnt. Läkartidningen nr.26-27 2003 vol.100. 2276-2277.

STM (2003): Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaata 2003:7. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto, Helsinki 2003.

Suomen lääkäriliitto (2003): Taskutilasto 1993-2003.

4.4 Sepelvaltimotautikohtauksen hoito

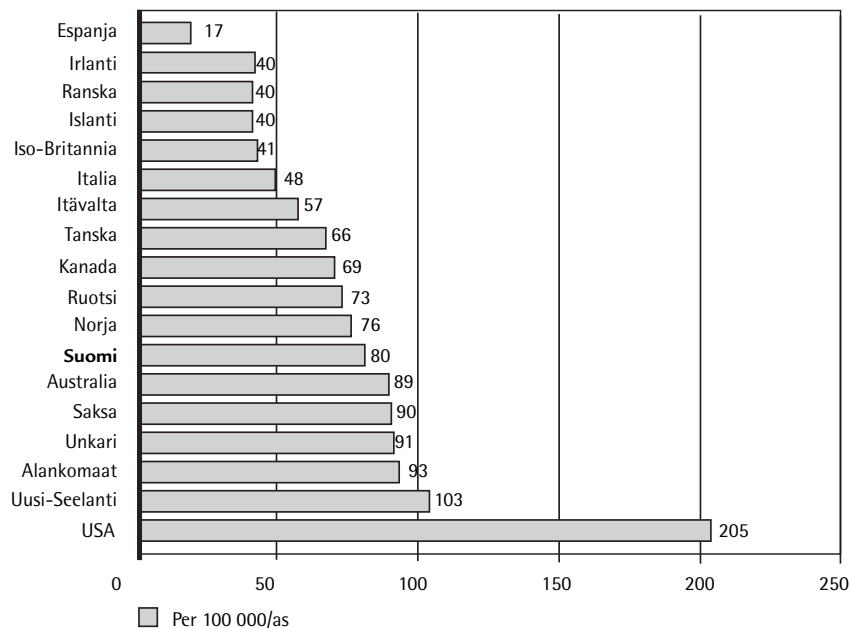
| | |
|--|------------|
| 4.4.1 Tämänhetkinen tilanne | 103 |
| 4.4.2 Toimenpide-ehdotukset | 103 |

Sepelvaltimotautikohtauksen hoito valittiin yhtenä esimerkkitapauksena hoidon saata-
vuus -työryhmän raporttiin, koska

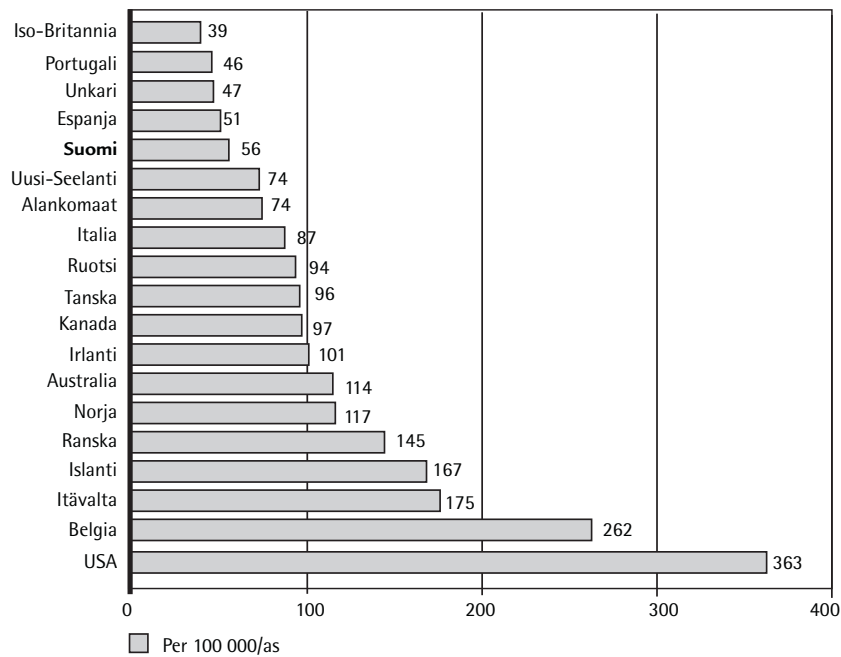
- sepelvaltimotauti on suurena kansantautina edelleen merkittävä
- koska tutkittua tietoa myös hoidon ajoituksesta ja kustannusvaikuttavuudesta on olemassa
- kansainvälisten vertailujen mukaan Suomessa tehdään toimenpiteitä niukasti
- hoitoon pääsyssä on suuret alueelliset erot
- käypä hoito -suositus valmistunut
- puolikiireellisen hoidon viiveet ylittävät hoitosuosituksen edellyttämät aikarajat
- suuret ikäluokat ovat tulossa sairastumisikään
- elämäntapojen myönteinen kehitys näyttää pysähtyneen (rasvat, tupakointi, yli-
paino)
- tyyppi 2 diabeetikoiden määrä on voimakkaassa nousussa

Vaikka raportin tämä osio keskittyy lähinnä toimenpiteisiin, on palvelujärjestelmän kokonaisuudessa toki muistettava kyseisen taudin ennaltaehkäisy ja pitkäaikaishoito, tupakan vastustamista ja kolesterolin alentamista unohtamatta. Perusterveydenhuollon valmiudet ja osaaminen on myös pidettävä kunnossa (käypä hoito -suositusten imple-
mentaatio sekä hoitoketjut), jotta potilaat saadaan oikea-aikaisesti tarvittaessa myös
invasiivisen hoidon piiriin.

Tuoreista OECD-luvuista näkyy, että Suomessa tehdään ohitusleikkauksia kohtuulli-
sesti (kuva 1), mutta pallolaajennusten määrä on väestöön nähden pieni (kuva 2, ky-
seessä vakioimattomat luvut, OECD 2003). Huomioiden väestömme sepelvaltimosai-
rastavuus ei espanjalainen toimenpidefrekvenssi voine vastata aitoon tarpeeseen. OECD-
luvuissa pistää silmään myös Suomen kohdalla sairaalahoitopäivien suuri määrä (kuva
3), joka selittyy diagnostisten tutkimusten ja hoidon viiveillä. Kuva osoittaa selkeästi
sen, että pullonkaula yhdessä kohdassa hoitoprosessia tuottaa kustannukset toisessa
kohtaa eli tässä tapauksessa sairaalahoidon pidentymisenä.

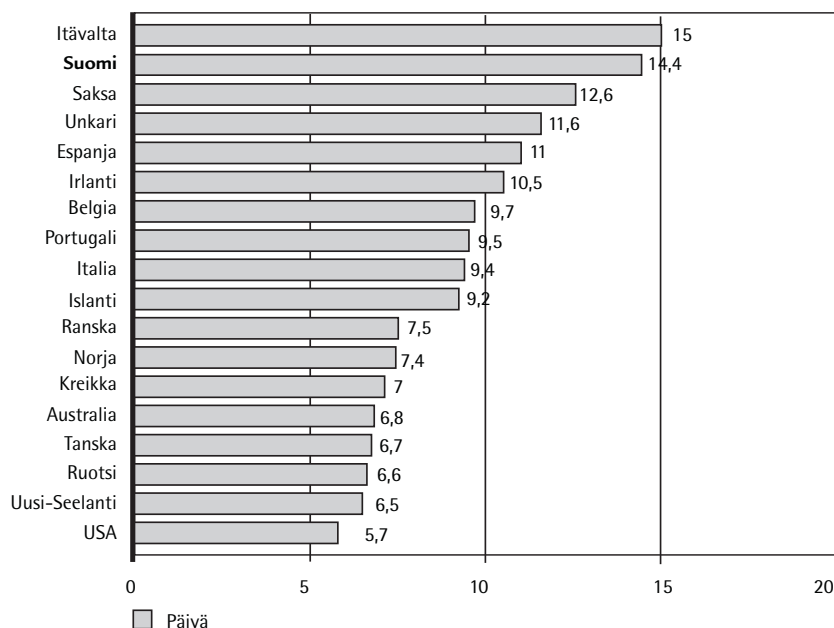
Kuva 1. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset (per 100 000/as)

Lähde: OECD 2003

Kuva 2. Sepelvaltimoiden pallolaajennukset (per 100 000/as)

Lähde: OECD 2003

Kuva 3. Keskimääräinen sairaalahoidon pituus akuutin sydäninfarktin jälkeen (AMI) 2000



Lähde: OECD 2003

Sepelvaltimon sisälle asennettavan verkkoputken (stentin) tehokkuus toimenpiteen jälkeisen uudelleen ahtautumisen estämisessä on ollut merkittävin tekijä pallolaajennuksen suosion kasvussa. Sepelvaltimoiden pallolaajennus (cardiac angioplasty) onkin 1990-luvun puolivälin jälkeen yhä enemmän korvannut perinteisen ohitusleikkauksen. Uutena kehityssuuntana on ahtautumista estävän lääkkeen lisääminen verkkoputkeen.

Eurooppalaisessa vertailussa Suomessa tehdään pallolaajennuksia edelleen liian vähän, vaikka sydänsairauksien esiintyvyys on yksi suurimpia. FinOhtan raportin (18/2001) mukaan maassamme tehdään vain runsas kolmannes siitä pallolaajennusmäärästä, jota kansainväliset hoitosuosituksukset edellyttäisivät.

Sepelvaltimotautikohtauksen suomalaisen käypä hoito -suosituksen mukaan suuren riskin potilaille tulee varjoainekuvaus pyrkiä suorittamaan mahdollisimman pikaisesti, viimeistään 48 tunnin kuluessa sepelvaltimokohtauksesta. FINACS-tutkimuksen mukaan keskimääräinen jonotusaika varjoainekuvaukseen Suomessa on edelleen n. neljä vuorokautta (Vikman 2003). Suuren vaaran potilailla uhanalaisen sydänlihasalueen verenkierto tulee turvata pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella. Tutkimusten mukaan sepelvaltimokohtauksen saaneiden vaara menehtyä tai kokea sydänperäinen haittatapahtuma on suurin ensimmäisten päivien aikana kohtauksen jälkeen. Myös akuutin sydäninfarktin tehokkain hoitomuoto on uusimpien eurooppalaisten suositusten mukaan pallolaajennus. Muissa Pohjoismaissa on jo siirrytty koko maan kattavaan ympärivuorokautiseen kardiologipäivystykseen, jotta hoito voidaan turvata.

4.4.1 Tämänhetkinen tilanne

Vaikka suomalaisten sydäninfarktikuoolleisuus onkin laskenut viime vuosikymmeninä ja erityisesti keski-ikäisten miesten sydänkuolleisuudessa laskeva trendi on ollut ilahduttava, niin edelleenkin sepelvaltimotauti on merkittävä kuolleisuuden, sairastavuuden ja työkyvyttömyyden aiheuttaja. Suomessa sydäninfarktin sairastaa vuosittain noin 20.000 henkilöä. Erityiskorvattuja lääkkeitä krooniseen sepelvaltimotautiin sai 191.000 henkilöä. Sepelvaltimotaudin sairaalahoitopäiviä on vuosittain noin 560.000, ohitusleikkauksia tehdään runsaat 3500 ja pallolaajennuksia noin 4500 vuodessa.

Stakesin selvitysten mukaan akuutin sydäninfarktin hoitotulokset eivät yllä kansainväliselle huipputasolle (mittarina eloonjääminen vuoden seurannassa) ja eri sairaanhoitopiirin välillä on suuret erot potilaiden ennusteessa. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus on välttämätön oikean hoidon valinnan kannalta ja mitä myöhempään ajankohtaan diagnostinen selvittely siirtyy, sen suuremmaksi kokonaiskustannukset (sairausloma, ylimääräiset sairaalajaksot) muodostuvat ja lisäksi hoidosta saatava hyöty pienenee tai menetetään kokonaan.

Suomessa varjoainekuvauksia ja pallolaajennuksia tehdään liian vähän, mitä korostaa se, että nykykäsityksen mukaan iso osa äkillisesti sairastuneistakin tulisi tutkia kuvauksella ja hoitaa tarvittaessa pallolaajennuksella. Vuonna 2000 Suomessa tehtiin noin 14 000 varjoainekuvausta ja noin 4 000 pallolaajennusta. FinOhtan työryhmä arvioi tarpeeksi lähivuosina noin 22 000 varjoainekuvausta ja 10 000 pallolaajennusta vuodessa. Ohitusleikkauksia tehdään vuosittain noin 4 200 ja tarpeeksi arvioidaan noin 5 000, joten tällä alueella ei ole niin suuria lisäystarpeita. (Tierala, 2001)

4.4.2 Toimenpide-ehdotus

Työryhmä esittää sepelvaltimoangiografioiden ja pallolaajennusten määrän nostamista tavoitetasolle.

Kirjallisuus

Sepelvaltimotaudin käypä hoito-suositus: <http://www.terveysportti.fi>

Tierala ja työryhmä: Sepelvaltimoiden pallolaajennukset Suomessa FinOHTAn raportti 18/2001 www.stakes.fi/finohta/

Health at a Glance, OECD indicators 2003

Vikman et al (2003, käsikirjoitus)

4.5 Suonikohjujen poistosta pintalaskimoiden virtaushäiriön korjaamiseen

Alaraajojen laskimokirurgia valittiin työryhmän esimerkkitapaukseksi, koska

- tutkimus on antanut uutta tietoa operatiivisen hoidon vaikuttavuudesta
- käypä hoito -suositus on olemassa
- leikkausmäärä on suuri ja vaihtelee merkittävästi toimintayksiköstä toiseen
- parantunut teknologia antaa mahdollisuudet tarkempaan diagnostiikkaan
- jonot ovat ongelmana

Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta samaistetaan usein suonikohjuleikkauksiin. Suonikohjujen sijasta pitäisikin puhua laajemmin alaraajojen laskimoiden vajaatoiminnasta, joka hoitamattomana voi aiheuttaa esimerkiksi hankalia säärihaavoja.

Pintalaskimoiden vajaatoimintaa esiintyy länsimaisella aikuisväestöllä keskimäärin 30–40 %:lla. Kaikututkimuksella todettu pinnallisen päärunгон vajaatoiminta on todettavissa noin viidesosalla aikuisista. Syvien laskimoiden vajaatoiminnan esiintyvyys on selvästi matalampi, reidessä n. 6 %:n ja polvitaiteen syvässä laskimossa 11 %:n luokkaa. Pintalaskimoiden vajaatoiminnan esiintyvyys kasvaa iän mukana molemmilla sukupuolilla. Aiemmat synnytykset ja sukurasite on toistuvasti todettu vajaatoiminnan vaaratekijöiksi. Esiintyvyys on ollut naisilla yleensä miehiä suurempi. Laskimoperäisen säärihaavan esiintyvyys on länsimaisessa väestössä n. 1 %.

Terveystieteiden tutkimusten resurssien vuoksi on syytä kiinnittää huomiota hoidon vaikuttavuuteen. Leikkaushoitoa vaativien laskimovajaatoimintapotilaiden seulominen niistä, jotka hyötyvät enemmän konservatiivisesta hoidosta perusterveydenhuollossa esimerkiksi paineluokitellulla hoitosukalla, on olennaisen tärkeää. Niiden potilaiden, joilla laskimovajaatoiminta on johtanut ihomuutoksiin tai säärihaavaan, tulee päästä erikoislääkärin arvioon laskimoverenkierron korjausmahdollisuuksien kartoittamiseksi.

1900-luvulla kroonisen laskimovian leikkaushoito oli pitkälti esteettistä, sillä leikkausindikaatio määräytyi usein näkyvien kohjujen eli ulkonäön perusteella. ”Suonikohjutautia” hoidettiin nyhtämällä ”kohjuja”. Lisäksi saatettiin tehdä kaavamainen laskimorungon poisto. Vuosisadan loppupuolella muotiin tuli yhdyslaskimovian etsiminen laskimoiden varjoainekuvauksella (nousevasta flebografiasta) ja yhdyslaskimoiden tähytinkirurgia. Kolmannes kaikista laskimoleikkauksista oli uusintaleikkauksia. Ongelman uusiutumista pidettiin virheellisesti enemmänkin taudin luonteesta kuin puutteellisesta kirurgiasta johtuvana. Valtakunnallisella tasolla laskimoleikkauksia tehtiin 10 000 / 5 milj.as. vuosittain eli 2000 leikkausta miljoonaa asukasta kohden. Objektiivisen leikkaustarpeen arveltiin kuitenkin olevan kaksinkertaisen.

Teknologian myötä laskimosairauksien tutkiminen on kehittynyt merkittäväällä tavalla. 2000-luvun laskimodiagnostiikka perustuu laskimoiden virtaushäiriön diagnosoituihin ultraäänellä (käsidooppler, väri-Duplex). Krooninen laskimovika luokitellaan kansainvälisen CEAP (kliininen, etiologinen, anatominen, patofysiologinen) -luokituksen mukaisesti täydennettynä kliinisellä haitta-asteluokituksella ja oireiden, löydösten ja

virtaushäiriön perusteella annettavien vaikeuspisteiden perusteella. Em. luokituksen, haitta-asteen ja vaikeuspisteiden perusteella arvioidaan kuinka hyvin todettu virtaushäiriö korreloi oireisiin ja löydöksiin sekä punnitaan leikkaushoidosta saatava hyöty. Leikkaus on aiheellinen merkittävän virtaushäiriön korjaamiseksi, jos sen samalla arvioidaan parantavan potilaan oireita ja löydöksiä. Oireeton takaisinvirtauslöydös sinälään ei indisoile leikkausta.

Diagnostiikka toteutetaan kolmessa portaassa. Avoterveydenhuolto vastaa primäridiagnostiikasta esitietojen ja kliinisten löydöksien perusteella ja toteuttaa turvotuksen konservatiivisen estohoidon, mikäli tälle ei ole vasta-aiheita (esim. alaraajaiskemia). Perushoidoksi kaikille halukkaille suositellaan vähintään kolmen kuukauden (laskimoperäinen säärihaava yksi kuukausi) hoitokokeilua lääkinällisellä pohjepituisella hoitosukalla. Yleiskirurgin laskimokonsultaatio ja laskimoiden takaisinvirtauksen kartoitus ultraäänitutkimuksella (käsi-doppler tai väri-duplex jos mahdollista) on aiheen, jos haittaaste on 2-3 vähintään kolmen kuukauden sukkahoidosta huolimatta taikka jos sukka-hoito ei jostakin syystä toteudu ja vaivat jatkuvat. Ennaltaehkäisevä kirurginen konsultaatio on harvoin oireettomalla aiheellinen. Väri-duplex-ultraääni tutkimus on aiheen jos epäillään parva-laskimon vikaa, syvien laskimoiden vikaa tai jos kyseessä on komplisoitunut taudin uusiutuminen taikka laskimoperäinen säärihaava, epäselvä tai vaikea turvotus, vaikea lihavuus taikka muuten tarvittaessa. Verisuonikirurgia tulee konsultoida moniongelmaisissa tapauksissa.

Leikkaustekniikasta: Pintalaskimoleikkaus tehdään ennen leikkausta tehtävän käsi-doppler/väri-Duplex reittikarttapiirrosten mukaisesti poistaen PIN-stripperillä retrogradisesti kaikki takaisinvirtaaviksi merkityt pintalaskimorungot sivuhaaroineen ja kohjui-neen. Vialliset yhdyslaskimot hoituvat usein samalla. Verityhjiön käytöstä leikkauksessa on sitä enemmän hyötyä, mitä vaikeammasta taudista on kysymys.

Tutkimustietoa uuden diagnostiikan ja leikkaustekniikan vaikutuksista leikattavien potilaiden määrään ei ole toistaiseksi, joten arvio valtakunnallisesta leikkaustarpeesta selvinnee lähitulevaisuudessa. Alustava tuntuma on, että leikkaustarve tulee olemaan aikaisempaa vähäisempi. Tavoitteena on, että leikkaukseen valitaan potilaat, joille on aitoa hyötyä toimenpiteestä. Samanaikaisen pinta- ja syvän vajaatoiminnan kyseessä ollen tulee pintavika korjata ensisijaisesti.

Tutkimukseen liittyvä alaraajojen laskimotilanteen arviointilomake (s. 162) on laadittu yhteisymmärryksessä Suomen Verisuonikirurgiyhdistyksen ja Kirurgiyhdistyksen kanssa. Leikkausindikaatioiden kirjaaminen perustuu sekä kansainväliseen laskimovikojen luokitusjärjestelmään että kansalliseen käypä hoito-suositukseen ja tieteelliseen näyttöön hoidon vaikuttavuudesta.

4.5.1 Toimenpide-ehdotus

Työryhmä esittää, että laskimotilanteen arviointilomake otetaan käyttöön alaraajojen laskimoiden virtaushäiriöiden hoidon aiheiden määrittämiseksi.

5 Kannanotot

- 5.1 Kannanotto jononpurkuprojekteihin
 - 5.2 Kannanotto yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta ostettuihin hoitoihin
 - 5.3 Kannanotto hoitotakuujärjestelmiin
-

5.1 Kannanotto jononpurkuprojekteihin

Kunnallisen sektorin erikoissairaanhoidon palveluista tuotetaan hoitojonojen kautta noin 20 %. Muu osa potilaista hoidetaan päivystystapauksina tai kiireellisesti ilman merkittävää jonottamista. Hoitojonot ovat pääasiassa jonoja leikkaustoimenpiteisiin. Vuoden 2003 keväällä Suomessa jonotti leikkausta runsaat 140 000 ihmistä. Näistä 115 000 odotti toimenpidettä keskussairaaloihin ja loput aluesairaaloihin. Leikkaustoimenpiteiden lisäksi merkittävää jonotusta on eräisiin apuvälinetoimintoihin, kuten kuulokojien asennukseen. Eniten jonottajia ja pisimmät jonotusajat, jonotusaikojen mediaaneilla mitattuna, ovat kaihi-leikkauksiin sekä eräisiin ortopedisiin toimenpiteisiin. Sama koskee kuulolaiteasennuksia sekä eräitä muita apuvälinetoimintoja. Jononpurkuprojekteja on toteutettu yksittäisissä sairaaloissa ajoittain. Projektit ovat kohdistuneet sellaisiin toimintoihin, missä jonottajia on paljon ja jonotusajat ovat pitkät. Tunnusomaista projekteille on, että voimavaroja on yksiköiden sisällä siirretty tietyn hoitojonon lyhennystoimintaan muiden toimintojen kustannuksella. Lopputuloksena on ollut yleensä lyhentynyt hoitojono projektin kohteena olevassa toiminnassa, mutta vastaavasti jonojen pidentyminen muissa toiminnoissa.

Kun jonojenpurkuprojekteihin ei ole liitetty hoitoidikaatioiden yhtenäistämistä, ovat lyhentyneet jonot nopeasti pidentyneet uudelleen. Leikkausjonoja on purettu mm. kaihipotilaiden, ortopedisten potilaiden, risa-, suonikohju- ja sappipotilaiden kohdalta. Systemaattinen jonojen hoitaminen on ollut ehkä jononpurkuprojektien tärkeintä asiaa. Kokemukset Keski-Euroopasta ja Kanadasta osoittavat, että kolmannes leikkausjonoissa olevista potilaista on sellaisia, jotka eivät enää tarvitse hoitoa, ovat saaneet sen muualta tai eivät enää halua hoitoa. Jonoissa on ollut jopa kuolleita henkilöitä. Säännöllinen yhteydenpito potilaisiin, joka paljolti on ollut jonohoitajien varassa, on parantanut tilannetta. Aivan viime ajoilta on kokemusta leikkausjonojen uudelleentarkastelusta uusien Käypä hoito-ohjeiden perusteella. Eniten tilannetta ovat muuttaneet suonikohjusairauden Käypä hoito-ohjeet. Suurten sairaaloiden (KYS ja HYKS) suonikohju-leikkauspotilaista poistettiin jonosta suurin osa (Kuopiossa 60 %) kun potilaat kutsuttiin uudelleen polikliniseen leikkausindikaation asettamistarkastukseen.

Helsingin kaupunki päätti purkaa Lääkäriliiton viisi kuukautta kestäneen työtaistelun seurauksena pidentynyttä helsinkiläisten potilaiden leikkausjonoa. Tarkoitukseen osoitettiin vuonna 2001 100 miljoonan markan määräraha. Terveysvirasto pyysi tarjousta 19 sairaanhoitopiiriltä ja 33 yksityiseltä palvelun tuottajalta. 30 palvelun tuottajaa vastasi tarjoukseen ja palveluita ostettiin sekä sairaanhoitopiireiltä että yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi osa rahoituksesta käytettiin leikkausten ostoon lisäpalvelusopimuksella HUS:sta. Jononpurkuprojektin puitteissa ostettiin kirurgisia, korva-, nenä- ja kurkkutautien, silmätautien ja naistentautien alaan kuuluvia toimenpiteitä sekä sepelvaltimo-angiografioita. Tilattujen palveluiden määrä oli yhteensä 3175. Puolesta vuodessa HUS:n helsinkiläisten jonottajien jonot olivat lyhentyneet lakkoa edeltäneelle tasolle, mikä oli projektin tavoite.

Osana kansallisen terveysprojektin toteuttamista on menossa parhaillaan valtion ja kuntien yhdessä rahoittama hoitojonojen lyhentämisprojekti. Valtio on osoittanut tarkoitukseen 25 miljoonaa euroa ja kunnat saman verran. Projektin tarkoituksena on valmistautuminen vuoden 2005 tilanteeseen, jolloin lääketieteellisesti tarpeelliseksi to-

dettu hoito tulee järjestää määräajassa. Vuoden 2003 kuuden ensimmäisen kuukauden aikana, jolloin jonojenpurkuprojekti oli käynnissä kaikissa sairaanhoitopiireissä hankkeen rahoittamana tehtiin 36 000 poliklinikkakäyntiä ja tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä 12 000. Projekti kestää vuoden 2003 loppuun.

Tähän mennessä kertyneen tiedon perusteella voidaan sanoa, että jonojen hallinnassa on ilmennyt suuria puutteita. Jononpurkurahoilla on hoidettu potilaita, jotka ovat jonottaneet jopa seitsemän vuotta ja toisaalta potilaita, jotka eivät ole jonottaneet ollenkaan. Jonottajien kokonaismäärä on joissakin sairaanhoitopiireissä vähentynyt, joissakin se on lisääntynyt. Tähänastiset kokemukset vahvistavat käsitystä, että ilman hoitoidiakaatioiden yhtenäistämistä ja muita toimintatapamuutoksia jonojenpurkuprojekteilla ei saavuteta muuta kuin korkeintaan lyhytaikaisia tuloksia. Palveluita oli tuotettu monin eri tavoin. Sairaaloihin oli palkattu lisää henkilökuntaa ja otettu käyttöön lisää leikkaussaleja, jotka toimivat normaalina työaikana. Palveluita oli ostettu sairaaloiden omalta henkilökunnalta lisätyönä ja osa palveluista oli ostettu tarjouskilpailujen jälkeen yksityisen- tai kolmannen sektorin yksiköltä.

Jonottamiseen vaikuttava tekijöitä ovat tutkittu varsin vähän. Tuore suomalainen tutkimus (Suomen Lääkärilehti 2003; 58: 2657-2663) Oulun yliopistollisen sairaalan silmäklinikasta osoittaa, että jonottamiseen vaikuttavat hyvin monet muuttujat. Näitä ovat mm. palvelujen tarjonta, jonon pituus itsessään, käytettävissä olevan työvoiman määrä, muut resurssit, henkilökunnan ja erityisesti lääkäreiden palkkauskysymykset ja erikoismaksuluokkajärjestelmän käyttö. Jonottaminen kuvaa hoidon saatavuutta varsin kapeasta näkökulmasta. Leikkaushoitojen tarjontaa voidaan kohtuullisen luotettavasti seurata Hilmo-aineiston avulla. Aineisto osoittaa, että yleisimpien leikkausten määrissä on 2-5 kertaisia eroja saman suuruisiin väestöihin suhteutettuna. Erot eivät selity sairastavuuden eroilla.

Jononpurkuprojektit eivät ole merkityksettä hoidon saatavuuden parantamisessa. Niiden merkitys jää kuitenkin lyhytaikaiseksi, ellei samalla puututa hoitoidiakaatioihin, tarkastella niitä väestön sairastavuuden näkökulmasta ja suhteuteta resurssien käyttöä leikkaustoimintoihin koko yksikön resurssien käytön näkökulmasta. Projektiluontoinen jonojen purkaminen ei ratkaise jono-ongelmaa. Henkilöstön, tilojen ja myös ostojen pitkäjänteisempi suunnittelu ja resurssien hyödyntäminen tuo todennäköisesti suuremmat taloudelliset hyödyt kuin tempoileva ylitöiden ja kilpailutusten käyttö. Nykyistä luotettavampaa ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon yhdessä kattavaa tilastotietoa tarvitaan. Stakesin benchmarking aineisto tarjoaa jo nyt erinomaista perustietoa sairaanhoitopiirien vertailuun.

5.2 Kannanotto yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta ostettuihin hoitoihin

Kuntien ja kuntayhtymien yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta ostamien terveydenhuoltopalveluiden määrä on ollut Suomessa vähäinen. Erikoissairaanhoidon palveluista koko maassa 0,7 % ja perusterveydenhuollon palveluista 1,7% on ostettu yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/92) 4 § mukaan kunta voi hankkia sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät esim. valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palveluntuottajalta. Laki edellyttää, että hankittavat palvelut vastaavat sellaista tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta, mikäli palvelut hankitaan yksityiseltä palveluntuottajalta. Valtioneuvoston kansallisen terveysprojektin pohjalta tekemässä periaatepäätöksessä lähdetään siitä, että palvelujärjestelmää kehitetään yhteistyössä kuntien, kuntayhtymien ja valtion kanssa huomioiden yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. Terveys- ja terveydenhuollon alalla julkinen sektori on ollut ostajana harvoin, mikä on johtanut siihen, että yksityiskohtainen tieto hankittavista palveluista ja kilpailuttamisen osaaminen ovat olleet puutteellisia. Julkisista hankinnoista annetun lain 5 § mukaan hankinnassa on käytettävä hyväksi olemassa olevat kilpailumahdollisuudet. Hankinta saadaan tehdä ilman tarjouskilpailua vain erityisistä syistä.

Palvelujen ostaminen yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta on viime vuosina lisääntynyt. Laajamittaisin tähän saakka toimeenpantu kilpailutettu erikoissairaanhoidon ostopalveluhankinta Suomessa oli Helsingin kaupungin vuonna 2001 toimeenpaneva jononpurkuprojekti, jolla pyrittiin lyhentämään 4 000 potilaalla kasvanutta HUS:n hel-sinkiläisten potilaiden leikkausjonoa. 53 kunnalliselle ja yksityiselle ja kolmannen sektorin palveluntuottajalle osoitetun tarjouskilpailun jälkeen sopimukset palvelujen ostamisesta tehtiin 13 tuottajan ja Helsingin terveystalouden kesken. Näistä kaksi oli sairaanhoitopiirejä. 4 675 potilasta sai kirjeen, jossa heille tarjottiin mahdollisuutta saada hoito muualla kuin siinä yksikössä, missä he olivat leikkausjonossa. 10 % lähetetyistä kirjeistä jäi palauttamatta ja kirjeiden saaneista potilaista 3 % ilmoitti, että heillä ei enää ole kirurgisen hoidon tarvetta, koska vaiva on parantunut tai hoidettu muualla. Tarjouksen hyväksyi 2 646 potilasta ja 1 454 halusi jäädä HUS:n jonoon. Luku on suuri ja osoittaa, että läheskään kaikki potilaat syystä tai toisesta eivät halua hoitoon muualla, kuin mihin heidät on asetettu jonoon. Tämä voi kertoa mm. siitä, minkä asteinen haitta sairaudesta potilaalle aiheutuu.

Yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta ostettujen palvelujen ostamisperusteena ei tule olla pelkkä hintakilpailu. Palvelujen on oltava laadultaan korkeatasoisia. Kunnallisen sektorin näkökulmasta on ongelmallista, jos ostettavia palveluja tuottavat samat henkilöt, jotka päivisin työskentelevät siinä yksikössä, joka ostaa palveluja. Tämä koskee harvoin kolmannen sektorin toimintaa. Palveluntuottajien kilpailuttaminen voidaan nähdä kannustimena toiminnan ja laadun kehittämisessä. Yksityinen ja kolmas sektori tarjoavat suuressa mitassa poliklinista ja päiväkirurgista toimintaa. Vaativaa leikkaus-

toimintaa on tarjolla kolmannella sektorilla mm. sairaala Ortonissa, Reumasäätiön ja Diakonissasäätiöiden yksiköissä sekä eräissä yksityisissä sairaaloissa. Yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta tapahtuva palvelujen osto painottuu kuitenkin sellaiseen elektiiviseen toimintaan joka on päiväkirurgista, lyhytjälkihoitoista tai polikliinistä ja jonka volyymit ovat suuret. Toistaiseksi ei ole tiedossa tilannetta, jossa sairaanhoitopiiri tai yksittäinen sairaala olisi ulkoistanut jonkun elektiivisen leikkaushoidon kokonaisuudessaan, yhtä poikkeusta lukuunottamatta.

Vuoden 2003 alussa aloitti Tampereella toimintansa Tekonivelsairaala Coxa. Sairaalan pääomistajat ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Pirkanmaan erityisvastuualueen muut sairaanhoitopiirit, Tampereen kaupunki ja saksalainen sairaalayhtiö. Sairaala toimii osakeyhtiön pohjalla ja nojaa toiminnassaan tukipalvelujen osalta TAYS:n palveluihin, joista se maksaa erillisen korvauksen TAYS:lle. Pirkanmaan alueen kaikki tekoniivelikkaukset on keskitetty tähän yksikköön. Sairaala on saanut Pirkanmaan tekoniivelikkaukset tarjouskilpailun perusteella kolmeksi vuodeksi. Sairaalan olemassaolon mahdollisuudet siis punnitaan määrävälein tarjouskilpailun avulla. Ratkaisuun liittyy eräitä erikoislääkärikoulutukseen ja tukipalvelujen käyttöön liittyviä ongelmia, jotka Tampereella on pitkälti onnistuttu ratkaisemaan. Kokemukset toiminnasta ovat toistaiseksi vain vuoden mittaiset. Mikäli tulokset ovat hyviä, voidaan olettaa, että vastaavanlainen toiminta leviää muuhunkin suurten volyymien elektiiviseen leikkaustoimintaan, esim. kaihileikkaustoimintaan.

Suomalaisille tarjotaan erikoissairaanhoidon palveluja kansainvälisesti arvioiden paljon. Tuore tutkimus osoittaa, että suomalaiset saavat 12 % enemmän erikoissairaanhoidon palveluja kuin norjalaiset, vaikka yksikkökustannukset Norjassa ovat 41% korkeammat johtuen korkeammista palkoista ja vähäisemmästä tehokkuudesta. Ottaen huomioon kunnallisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kapasiteetin kohtuullinen palvelutarve voidaan hyvin tyydyttää. Palvelujen ostaminen yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta edellyttää kilpailuttamisen osaamista sekä taloudellista että juridista tietotaitoa. Palvelujen ostaminen yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta ei voi olla itsetarkoitus, vaan osa yksittäisen sairaanhoitopiirin strategista suunnitelmaa huomioiden väestön terveystarpeet.

5.3 Kannanotto hoitotakuujärjestelmiin

| | |
|---|------------|
| 5.3.1 Muiden Pohjoismaiden hoitoon pääsyä koskevasta sääntelystä | 112 |
| 5.3.2 Näkökohtia hoitotakuujärjestelmistä | 114 |
| 5.3.3 Johtopäätökset hoitotakuujärjestelmistä | 114 |

5.3.1 Muiden Pohjoismaiden hoitoon pääsyä koskevasta sääntelystä

Hoitoon pääsyaikoja koskeva lainsäädäntö on paljolti yksilön oikeuksia korostavaa sääntelyä; lakiin on kirjoitettu, missä ajassa potilaalla on oikeus saada hoitoa, tai milloin sitä on hänelle tarjottava. Tällainen sääntely ei luonnollisesti anna kuvaa kaikista niistä tosiasiallisista toimenpiteistä, joilla odotusajat on saatu lyhenemään, tai ylipäättään edes siitä, onko ne saatu lyhenemään ja jos, niin missä määrin.

Se mitä hoitoon pääsyä koskevan sääntelyn perusteella kuitenkin voi todeta, että usein odotusaikoja on pyritty lyhentämään laajentamalla jo lähtökohtaisesti *potilaan oikeutta valita hoitoa antava sairaala*. Esimerkiksi Norjassa uudistus toteutettiin vuonna 2001 ja Tanskassa jo vuonna 1993. Norjassa potilaan oikeus hakeutua hoitoon käsittää tällä hetkellä kaikki julkiset sairaalat ja Tanskassa kaikkien julkisten sairaaloiden lisäksi laissa nimetyt yksityiset sairaalat tiettyyn sairaalakohtaisesti vahvistettavaan rahamäärään saakka. Toiseksi potilaan oikeus valita sairaala laajenee usein, jollei hänelle voida määrääjässä tarjota hoitoa. Esimerkiksi Ruotsissa potilas on järjestettävä hoitoon toiseen julkiseen sairaalaan tai yksityiselle palveluntarjoajalle. Tanskassa oikeus saada hoitoa laajenee sellaisiin sairaaloihin, joiden kanssa maakunnat (amtskommun) ovat tehneet sopimuksen, siis käytännössä yksityisiin tai ulkomaisiin sairaaloihin. Yleensä potilaan asuinkunta kattaa hoidon kustannukset riippumatta siitä, missä hoito on annettu. Tanskassa tämä on joskus esitetty niin, että ”raha seuraa potilasta”.

”Hoitotakuita” on asetettu varsin erilaisille toimenpiteille. Norjan lainsäädännössä asetetaan 30 arkipäivän aikaraja erikoissairaanhoidossa tapahtuvalle *lääketieteelliselle terveydentilan arvioinnille*. Ruotsissa valtion ja maakuntien liiton (Landstingsförbundet) väliseen sopimukseen perustuva hoitotakuu asettaa 3 kk aikarajan, jonka puitteissa potilaalle on tarjottava *mahdollisuus erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan lääkärissä käyntiin*. Silloin kun on kyseessä epäily vakavasta sairaudesta, mahdollisuus lääkärissä käyntiin on järjestettävä kuukauden kuluessa. Ruotsin hoitotakuu säätelee lisäksi myös potilaan *ensikontaktia* terveydenhuoltoon. Takuun mukaan potilaalle on tarjottava apua joko puhelimitse tai potilaskäynnillä, saman päivän aikana kun potilaan yhteydenotto tapahtuu. Jollei ensimmäinen yhteydenotto tapahdu lääkäriin, on aika lääkärissä käyntiin tarjottava viimeistään kahdeksan päivän kuluttua. Tanskassa potilaan oikeus valita hoitoa antava sairaala laajenee, jollei hänelle voida tarjota hoitoa kahden kuukauden kuluessa. Lisäksi Tanskassa on asetettu *erityinen hoitotakuu eräille vakavaa sairautta sairastavien potilaiden ryhmille*, jossa asetetaan *peräkkäisiä enimmäisodotusaikoja varsinaisille hoitotoimenpiteille*, mukaan lukien jälkihoito.

Norjan lainsäädäntöön sisältyy varsinaisten aikarajojen lisäksi säännös potilaan oikeudesta *henkilökohtaiseen suunnitelmaan*. Säännös lisättiin lakiin sen jälkeen, kun hoitoon tai terveydentilan arviointiin pääsyä koskevaa aikaa sääntelevän takuun todettiin soveltuvan huonosti kroonisesti sairaiden, pitkäaikaissairaiden ja psyykkisesti sairaiden potilaiden hoidon sääntelemiseen.

Norjassa ennen sairaaloiden valtiollistamista hoitajonoina oli 260 000 ihmistä (vuonna 2001), kun vuotta myöhemmin jonottajia oli vielä 220 000. Yli vuoden hoitoa odottaneiden jonot ovat lyhentyneet huomattavasti, 52 %, lukumääräisesti 36 000:sta 19 000:een. Suurimmat ongelmat ovat edelleen psykiatrisessa hoidossa, jossa noin 2500 lasta ja nuorta odottaa keskimäärin 92 päivää psykiatriseen hoitoon. Odotusaika on lyhentynyt vain viisi päivää vuodessa. Sitä vastoin aikuispsykiatriassa jonotusaika on pidentynyt 15 päivää ollen nyt 69 päivää. Jonottajien määrä psykiatriseen hoitoon on kuitenkin vähentynyt 6600 aikuiseen, kun se vuosi sitten oli vielä 7700 aikuista.

Terveysministeriö arvelee jonojen lyhentyneen lähinnä siitä syystä, että huomio kiinnittyi hoidon saatavuuden ongelmiin valtiollistamisen yhteydessä. Tässä yhteydessä kiinnitettiin erityistä huomiota jonon hallintaan ja esimerkiksi ns. fiktiiviset potilaat, jo hoidetut tai jotka eivät muuten halua hoitoa, poistettiin jonoista. Toisaalta jonojen lyhentymiseen ovat vaikuttaneet myös vapaus valita sairaala ja palvelujen ostot sekä lisääntynyt hoitoaktiiviteetti.

Norjassa on tehty uudistusehdotuksia lakiin potilaan oikeuksista. Yksi uudistuksista on oikeus yksilölliseen hoitotakuuseen, jonka tavoitteena on taata potilaalle hoito sairauden laadun mukaan yksilöllisesti tavoitellussa ajassa. Se parantaa näin potilaiden mahdollisuutta saada hoitoa tasapuolisesti maan eri osissa sekä antaa potilaille enemmän vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoonsa ja mahdollisuuden käyttää paremmin terveyspalveluja.

Toinen uudistus koskee vapautta valita sairaala. Vapautta laajennetaan koskemaan myös alueen yksityisiä sopimussairaaloita. Jos potilas ei saa hoitoa yksilöllisen hoitotakuun sisällä julkisissa sairaaloissa, hänellä on oikeus yksityiseen hoitoon ja myös hoitoon ulkomailla. Sairaalan valinnanvapaus halutaan laajentaa myös lapsi- ja nuorisopsykiatria.

Järjestelmien yksityiskohdat käyvät ilmi varsinaisesta selvityksestä (Heinonen T, 2003 Kela). Karkeasti ottaen tässä käsiteltyjen maiden järjestelmien perusteella näyttää kuitenkin nousevan esiin kaksi tapaa säännellä hoitoon pääsyä koskevaa aikaa. Ensinnäkin *oikeus saada hoitoa voi laajentua* (maasta riippuen muihin julkisiin sairaaloihin, yksityisiin tai ulkomaisiin sairaaloihin), jollei hoitoa voida määrääjässä tarjota, jolloin ei aseteta aikarajoja varsinaiselle hoidon aloittamiselle. Toiseksi sääntelyllä voidaan tähdätä siihen, että hoito on todella *aloitettava* tiettyyn määräaikaan mennessä. Tällöin siis pyritään siihen, että hoito joka tapauksessa aloitetaan jossain, joko normaalin valinta-oikeuden piiriin kuuluvassa sairaalassa tai muussa esim. yksityisessä tai ulkomaisessa sairaalassa. Esimerkiksi Tanskassa on otettu käyttöön molemmat mallit.

Kummassakaan tapauksessa ei säännellä sitä, missä ajassa hoitotoimenpiteet on saatettava loppuun. Kaikissa selvityksessä käsitellyissä maissa, joissa jonkinlainen hoitotakuu on asetettu, hoitoon pääsyä koskevat odotusajat ovat enimmäisodotusaikoja hoidon aloittamiselle. Osittain on myös asetettu useita peräkkäisiä odotusaikoja vaikkapa ensin tutkimukseen, sen jälkeen hoitoon ja jälkihoitoon. Tällöinkään asetetut aikarajat eivät muodosta yhtäjaksoista aikaa (ei esimerkiksi kaikki toimenpiteet kuudessa kuukaudessa) vaan jokaisen vaiheen kohdalta on säädetty erikseen, mistä aika lasketaan.

Valtioneuvoston periaatepäätöstä silmällä pitäen voi vielä todeta, että kaikissa maissa, joissa on asetettu nyt Suomessa suunnitteilla oleva hoitotakuun kaltainen yleinen hoitotakuu, ei siis joidenkin sairauksien hoidolle yksilöity takuu, on päädytty siihen ratkaisuun, että sikäli kun määräajan kulumisen umpeen ylipäättään laukaisee joitakin toimenpiteitä, oikeus hakeutua hoitoon laajenee. Viime kädessä ei siis ole pyritty sääntelemään sitä, milloin hoito on tosiasiallisesti aloitettava. Aikarajat ovat tällöin kuitenkin usein lyhyempiä kuin 6 kk.

Yleensä potilaan oikeus saada hoitoa määräajassa toteutuu siten, että *potilas ohjataan* sairaalaan, jossa odotusaika on lyhyempi. Tanskassa asia on erityisen hoitotakuun osalta järjestetty siten, että jollei hoitoa antava sairaala voi osoittaa potilasta hoitoon muuhun sairaalaan, jossa odotusaika on lyhyempi, tästä informoidaan terveydenhuoltovirastoa (sundhetsstyrelse). Jos sekään ei voi ohjata potilasta hoitoon muualle ja potilas *itse löytää* sellaisen yksityisen tai ulkomaisen sairaalan, joka voi tarjota hoidon, korvataan hoito keskimääräisen vastaavasta toimenpiteestä kotimaaisessa julkisessa sairaalassa perittävän maksun mukaan, kuitenkin enintään toimenpiteestä aiheutuvien tosiasiallisten kustannusten mukaan.

Tanskasta on päässyt heinäkuusta 2002 lähtien yksityiseen sairaalahoitoon kotimaassa tai ulkomailla, jos on jonottanut enemmän kuin kaksi kuukautta julkiseen sairaalaan. Hoitoon voi hakeutua, jos

- on odottanut yli kaksi kuukautta hoitoon pääsyä julkiseen sairaalaan
- yksityisessä sairaalassa on lyhyemmät odotusajat
- hoitoon lähettäminen tapahtuu omasta julkisesta sairaalasta
- itse järjestää ja maksaa kuljetuksen hoitoon, jos hoito tapahtuu oman maakunnan ulkopuolella

Sairaalahoidon maksaa maakunta, jossa potilas asuu. Jos potilas hakeutuu hoitoon oman maakuntansa ulkopuolelle, hän maksaa itse kuljetus- ja saattavan henkilön kustannukset. Hoitoon voi hakeutua sopimussairaaloihin. Lähes 15 000 potilasta on käyttänyt ensimmäisen vuoden aikana yksityistä hoitoa ja 227 potilasta on hoidettu ulkomailla.

Hoidolle asetetut aikarajat edellyttävät ennakointia ja todellisten odotusaikojen seuranta. Potilaalla on normaalisti oikeus saada tieto odotusajasta hoitoon. Esimerkiksi Tanskassa sairaalan on oma-aloitteisesti annettava potilaalle tieto odotusajasta silloin, kun potilas on ohjattu sairaalaan, jossa odotusaika kyseiseen hoitoon selvästi ylittää samaa hoitoa koskevan odotusajan toisessa sairaalassa. Sairaalan on mahdollisimman pian lähetteen vastaanottamisen jälkeen ilmoitettava potilaalle, voiko se tarjota hänelle tarvittavan hoidon kahden kuukauden enimmäisodotusajan kuluessa. Silloin, jos sairaala jo lähetteen vastaanottamisen hetkellä tietää, ettei hoitoa voida tässä ajassa antaa, sen on 8 arkipäivän kuluessa ilmoitettava tämä potilaalle.

Sen lisäksi, että potilaalla on oikeus saada tieto odotusajasta, toinen (ei lakiin perustuva) mahdollisuus seurata todellisia odotusaikoja on odotusajoista tiedottamiseksi perustettu internetportaali, jollainen on otettu käyttöön esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa. Tanskan portaaliin kootaan yksityiskohtaiset tiedot odotusajoista 131 yksilöidyn tutkimuksen ja hoidon suhteen kaikista kyseistä hoitoa antavista sairaaloista. Sivuston tarkoituksena on tarjota vertailukelpoista tietoa sekä potilaiden että sairaaloiden ja hoitoa antavien lääkäreiden käyttöön. Hoitolaitosten on päivitettävä tiedot vähintään kuukauden välein. Ruotsin vastaava portaali on pitkälti samankaltainen. Erona Tanskan portaaliin on lähinnä, se, että se on suppeampi ja tarjoaa numeerisen informaation lisäksi joitakin odotusaikoja koskevia kirjallisia selityksiä. (Heinonen T. 2003. Kela. Julkaisematon selvitys.)

5.3.2 Näkökohtia hoitotakuujärjestelmistä

Hoitotakuu, joka sisältää määreitä hoidon saamisen enimmäisajoista on jossain muodossa voimassa sekä Norjassa, Ruotsissa että Tanskassa. Perusajatusta on kaikissa näistä maista muutettu 1990 ja 2000-lukujen aikana joko siitä syystä, että tavoitteet ovat olleet epärealistisia tai epätarkoituksenmukaisia. Ruotsissa useat suuret maakunnat ovat luopuneet sopimuksien noudattamisesta taloudellisten seikkojen vuoksi. Rajattu hoitotakuu saattaa johtaa siihen, että takuun alaiset toiminnot voidaan hoitaa määräajoissa muiden kärsiessä ja jonotusaikojen pidentyessä. Koska kuitenkin hoidon järjestämisen määräaikoja edelleen ylläpidetään voidaan katsoa, että järjestelyillä on ollut terveydenhuollon kehittämisen kannalta merkitystä. Vastuunottoa potilaan hoidosta ja sen järjestämisestä täytyy tällaisessa järjestelmässä lisätä. EY-tuomioistuimen päätösten valossa pitkien hoitojonojen ei voida katsoa olevan sopusoinnussa Unionin kansalaisten terveyspalvelujen saamista koskevien periaatteiden kanssa. Vaikka pitkäänkin jonottaneet pohjoismaiset potilaat ovat vain harvoin hakeneet palveluja muista maista, asialla on suuri periaatteellinen merkitys.

5.3.3 Johtopäätökset hoitotakuujärjestelmistä

Kansallinen terveysprojekti asetti yhdeksi keskeisimmistä tavoitteistaan hoidon saatavuuden turvaamisen ja parantamisen. Tätä tarkoitusta varten valtioneuvosto on periaatepäätöksessään asettanut kolmen päivän, kolmen viikon ja kolmen, enintään kuuden kuukauden määräajat hoidon saatavuuden varmistamiseksi. Termiä hoitotakuu ei ole tässä yhteydessä käytetty, millä on haluttu korostaa sitä, ettei uusia subjektiivisia oikeuksia olla luomassa vaan hoidosta päättää edelleen terveydenhuollon ammattihenkilö, viime kädessä lääkäri. Yksittäisiä potilaan hoitoon liittyviä tutkimukseen ja hoitoon liittyviä ratkaisuja ei ole tarkoituksenmukaista määritellä hallinnollisiksi päätöksiksi, joihin liittyy moniportainen oikaisu/valitusmenettely. Työryhmä ei myöskään pidä tarkoituksenmukaisena subjektiivisen oikeuden (=takuun) luomista julkiseen terveydenhuoltoon. Potilaan tutkimukseen ja hoitoon liittyvät päätökset on edelleenkin syytä määrittää terveydenhuollon ammattihenkilön ammatilliseksi toiminnaksi. Tästä huolimatta potilaalla on Suomeen rakennettavassa järjestelmässä oikeus saada terveydenhuoltoyksikön arvio hoidon tarpeestaan määräajassa joko vastaanottokäynnillä tai muuten.

Pohjoismaissa on käytetty termiä hoitotakuujärjestelmä eikä hoidon järjestäminen määräajassa. Termit ovat lähellä toisiaan ja useimmiten tarkoittavat samoja asioita. Määräajat lisäävät vastuunottoa potilaasta. Niissä pysyminen edellyttää nykyistä selvästi aktiivisempaa jonojenhallintaa, nykyistä syvällisempää indikaatioiden asettamisen harkintaa sekä pohdintaa siitä, mistä selvittää määrääjoissa. Joudutaan siis myös priorisointiin. Kaikkea sitä hoitoa, mistä potilaat mahdollisesti hyötyisivät ei voida järjestää esitetyissä määrääjoissa olemassa olevilla resursseilla. Niin ei ole voitu tehdä tähänkään mennessä. Hoitojonot ovat olleet yksi priorisointikeino, vielä niin, ettei läheskään kaikkia hoitajajonoissa olleita ole koskaan hoidettu. Jono, josta ei koskaan pääse hoitoon, on potilaan kannalta sietämätön ja toimintatapana epäeettinen ja epärehellinen. Kyseessä on priorisoinnin väistely, joka itse asiassa johtaa sellaiseen prosessiin, joka ei ole läpinäkyvä ja jonka oikeudenmukaisuudesta ei ole tehty demokraattisia päätöksiä. Myös indikaatioiden asettajilla, lääkäreillä täytyy olla kokonaisvastuuta sekä vastuuta hoitopäätösten kustannusvaikutuksista ja niiden suhteesta olemassa oleviin resursseihin. Joh-

taako hoitotakuu siihen, että voimavaroja siirretään terveydenhuollon sisällä esim. elektiiviseen leikkaustoimintaan tai perusterveydenhuollossa sairastuvastoon ennaltaehkäisevän työn kustannuksella? Nämä ovat aiheellisia kysymyksiä ja kokemukset Ruotsista (jossa 1990-luvulla oli voimassa rajattu hoitotakuu) tukevat jossain määrin tällaista olettamusta.

Hoitotakuu tai hoidon järjestäminen määrääjoissa tähtäävät terveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Ensiarvion odottamisen on voitu osoittaa johtavan lisäkustannuksiin mm. toistuvina puhelinkontakteina ja kyselyinä perusterveydenhuollon yksiköihin. Suomessa elektiivisen hoidon jonottamisen kustannuksista on saatu alustavia tuloksia Terveysturva- tutkimuksesta. Varsinainen hoito maksaa koko prosessista noin neljänneksen. Suurin osa kustannuksista aiheutuu hoidon odottamisesta mm. sairauslomakuluina, kotipalvelujen käyttönä, lääkekustannuksina ja ylimääräisinä terveyskeskuskäynteinä ja yhteydenottoina sairaaloihin hoitoaika tiedustellessa. Toipuminen on toiseksi merkittävin kustannusten aiheuttaja. Nopea ensikontaktin saaminen ja kohtuujassa järjestetty hoito vähentävät kokonaiskustannuksia. Päähyötyjä ei ole kuitenkaan terveydenhuolto vaan Kansaneläkelaitos, työnantajat, kunnat ja potilaat itse. (Vohlonen 2003)

Missään Pohjoismaissa voimassa olevassa hoitotakuujärjestelmässä eivät ole mukana kaikki terveydenhoitopalvelut. Hoitotakuujärjestelmien tarkoituksena on ollut varmistaa kiireellisten ja välttämättä hoidettavien sairauksien hoito sekä eräitä ei-kiireellisiä hoitoja, joita jonotetaan paljon. Rajaukset ovat tarpeen myös Suomeen kehitteillä olevassa järjestelmässä. Terveysneuvonta, todistusasiat ja kroonisten sairauksien määräraikaistarkastukset voidaan jättää määräraikojen ulkopuolelle. Rajattujen hoitotakuujärjestelmien suurin riski on siinä, että takuu parantaa ainoastaan elektiivisten toimenpiteiden (joissa on selkeät, numeroina ilmaistavat jonot) saatavuutta kun samalla kroonisten sairauksien hoito, perusterveydenhuolto, psykiatriset palvelut ja ennaltaehkäisevä työ jäävät voimavarojen jaossa toissijaiseen asemaan.

Kirjallisuus

Heinonen Tuuli. Oikeus hoitoon eurooppalaisessa lainsäädännössä. Muistio 10.10.2003 (KELA).

Health care systems in transition, Norway, European observatory on health care systems; 66;2000

Fyra år med vårdgaranti-erfarenheter och effekter (Socialstyrelsen foljer upp och utvärderar 1997;2)

Health care systems in transition, Denmark, European observatory on health care systems; 80; 2000

Vohlonen et al; Improving health security: Health Policy (painossa)

Lisätietoja Tanskasta:

www.im.dk (sisäasiain- ja terveysministeriö)

www.arf.dk (Amtsrådsforeningen, Maakuntaliitto, esim. mallit standardisopimuksista)

www.sygehusvalg.dk (sairaalan valinnanvapaus)

www.ventainfo.dk (jonotustilanne)

Lisätietoja Norjasta:

<http://odin.dep.no> (Helsedepartementet, Norjan terveysministeriö)

www.sykehusvalg.net (sairaalan valinnanvapaus)

6 Työryhmän ehdotukset

- 6.1 Hoitoon pääsyä koskevat yleiset periaatteet
 - 6.2 Hoidon tarpeen arviointijärjestelmä
 - 6.3 Jononhallinnan periaatteet
 - 6.4 Säädosmuutokset
-

6.1 Hoitoon pääsyä koskevat yleiset periaatteet

| | | |
|--------------|---|------------|
| 6.1.1 | Perusoikeussäännösten toteuttaminen | 118 |
| 6.1.2 | Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuun tarkentaminen | 119 |
| 6.1.3 | Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääsystä päättäminen ... | 119 |
| 6.1.4 | Oikeussuojajärjestelmän säilyttäminen ja laajentaminen | 119 |
| 6.1.5 | Järjestämisvelvollisuutta koskeva valvonta | 119 |
| 6.1.6 | Järjestelmänäkökulman soveltaminen | 120 |
| 6.1.7 | Tietämyksen jatkuvan kehittymisen huomioon ottaminen | 120 |
| 6.1.8 | Terveydenhuollon toimintayksiköiden jatkuva kehittäminen . | 120 |
| 6.1.9 | Hoitoon pääsyn seuranta | 120 |

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi toteaa, että hoitoon pääsyn perusteissa olevien erojen vähentämiseksi laaditaan valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeet.

Ohjeiden avulla pyritään varmistamaan, että Suomessa asuville turvataan terveydentilan edellyttämät ja riittävät palvelut kohtuujassa asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Edellytyksenä on, että voidaan valtakunnallisesti sopia hoitoon pääsyn perusteista.

Valtioneuvoston periaatepäätös tarkoittaa hoitoon pääsyä koskevat vaatimukset ilmaisemalla ne aikarajat jonka puitteissa perusterveydenhuollon ammattilaisen ensiarvio, erikoissairaanhoidon polikliiniseen hoidon arviointi ja lääketieteellisesti perusteltu hoito on järjestettävä.

Hoitoon pääsy valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti voidaan turvata toisaalta tarkentamalla julkisen vallan velvoitteita, toisaalta varmistamalla terveydenhuoltojärjestelmän toiminta- ja palvelukykyä. Julkisen vallan velvoitteita käsitellään kohdissa 1–5 ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminta- ja palvelukykyä kohdissa 6–9.

6.1.1 Perusoikeussäännösten toteuttaminen

Elokuussa 1995 voimaan tulleet perusoikeudet sisällytettiin maaliskuussa 2000 voimaan astuneeseen perustuslakiin. Julkista valtaa velvoitetaan turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut sekä edistämään väestön terveyttä. Perustuslain yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toiminnasta vastaavat kunnat tai kuntayhtymät järjestävät toimintansa siten, että kaikille henkilöillä, jotka kuuluvat ao. toimijan vastuupiiriin, saavat palveluja yhtenäisin perustein. Jotta valtakunnan sisällä eri alueiden kesken ei syntyisi eriarvoisuutta hoitoon pääsyn suhteen, työryhmä esittää että hoitoon pääsyn perusteista sovitaan valtakunnallisesti siten kuin kohdassa 6.2 kuvataan.

6.1.2 Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuun tarkentaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista annetussa laissa (733/1992) ja terveydenhuoltoa koskevien erityislaeissa (66/1972, 1127/1998) on terveydenhuollon järjestäminen säädetty kuntien tehtäväksi. Työryhmä esittää, että valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaiset hoitoon pääsyn aikarajat sekä niiden ylittymisestä syntyvä velvoite järjestää hoito toisen palvelujen tuottajan toimesta asiakasmaksun siitä muuttumatta sisällytetään kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin.

6.1.3 Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääsystä päättäminen

Nykyisen lainsäädännön mukaan hoidon tarpeen arvioi ja hoidon toteuttamisesta päättää terveydenhuollon ammattihenkilö. Tätä koskevat määräykset on sisällytetty terveydenhuoltoa koskeviin erityislakeihin (66/1972, 1127/1998), terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaan lakiin (559/1994) sekä lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (784/1992). Työryhmä esittää, että hoitoon pääsyn turvaaminen tapahtuu edelleen siten, että hoidon tarpeen arvioi ja hoidosta päättää julkisen terveydenhuollon piirissä työskentelevä ammattihenkilö koulutuksensa mukaisesti ottaen huomioon terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaan lakiin sisällytetyt ammattieettiset velvollisuudet ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain määräykset. Työryhmä esittää myös, että terveyskeskusten vastaavat lääkärit perusterveydenhuollon osalta ja erikoisalojen ylilääkärit erikoissairaanhoidon osalta ao. erityislakien säännösten mukaisesti laatiessaan alaisilleen ammattihenkilöille tarkoitettuja hoitoon pääsyä koskevia ohjeita noudattavat sairaanhoidopiirin johtavien lääkärien toimesta laadittavia valtakunnallisia suosituksia.

6.1.4 Oikeussuojajärjestelmän säilyttäminen ja laajentaminen

Nykyisen oikeuskäytännön mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön hoitoratkaisuja ei pidetä valituskelpoisina hallintopäätösinä. Sen sijaan niissä tapauksissa, joissa kunta tai kuntayhtymä järjestämisvelvollisuudestaan huolimatta ei ole järjestänyt henkilölle lain velvoitteeseen perustuvaa hoitoa, asia voidaan viedä hallintoriita-asiana hallinto-oikeuden ja mahdollisesti korkeimman hallinto-oikeuden ratkaistavaksi. Työryhmä esittää, että nykyinen oikeussuojajärjestelmä säilyy muuttumattomana, mutta siten tarkentuen, että siinä otetaan huomioon myös muuttunut Euroopan talousalueen jäsenmaita koskeva oikeuskäytäntö.

6.1.5 Järjestämisvelvollisuutta koskeva valvonta

Sosiaali- ja terveysministeriö ja lääninhallitukset valvovat terveydenhuollon erityislakeihin (66/1972, 1127/1998) sisältyvän yleisvaltuutuksen mukaisesti, että terveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät noudattavat muutuneen lainsäädännön niitä koskevia velvoitteita.

6.1.6 Järjestelmänäkökulman soveltaminen

Työryhmä korostaa, että hoitoon pääsyä on tarkasteltava kokonaisuutena. Yksittäisten potilasryhmien tai hoitotoimintojen irrallinen käsittely johtaa helposti siihen, ettei mahdollisia heijastusvaikutuksia muihin toimintoihin havaita eikä oteta huomioon. Hoitoon pääsyä turvaavat suositukset ja määräykset laaditaan niin, että ne soveltuvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin.

6.1.7 Tietämyksen jatkuvan kehittymisen huomioon ottaminen

Hoitoon pääsyä koskevaa päätöksentekoa ohjaava lääketieteellinen tietämys ja teknologia ovat alati muuttuvia. Työryhmä esittää, että sairaanhoitopiirien johtavat lääkärit huolehtivat valtakunnallisten yhtenäisten hoidon aiheiden ja hoitokäytäntöjä koskevien suositusten säännöllisistä päivityksistä.

6.1.8 Terveystenhuollon toimintayksiköiden jatkuva kehittäminen

Hoitoon pääsyn turvaaminen viiveitä ja jonotusta välttämällä edellyttää kysynnän ja tarjonnan tasapainottamista. Keskeisintä on kysynnän vaihtelun tunnistaminen ja ennakointi, ruuhkahuippuihin vastaaminen sekä toiminnan pullonkaulojen poistaminen. Työryhmä esittää, että terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi käynnistetyn kansallisen projektin hankerahoitusta ohjattaisiin tukemaan hoitoon pääsyn turvaamiseen tähtääviä kehittämistoimenpiteitä.

6.1.9 Hoitoon pääsyn seuranta

Työryhmän toimeksiantoon kuuluu tehdä ehdotus jonohallinnan periaatteista. Työryhmä sisällyttää jonohallintaa koskevaan ehdotukseensa (kappale 6.3) myös kansallisen hoitoon pääsyn seurantajärjestelmän. Järjestelmään veloitetaan kaikki julkisella rahoituksella toimivat terveydenhuollon toimintayksiköt ilmoittamaan määrämuotoiset tiedot hoitoon pääsystä, hoitajajonoista ja jonotusajoista sekä toteutetuista hoidoista. Nämä tiedot ovat julkisia.

6.2 Hoidon tarpeen arviointijärjestelmä

| | |
|---|------------|
| 6.2.1 Taustaa | 121 |
| 6.2.2 Hoidon tarpeen arviointi ja hoitopäätöksen tekeminen | 123 |
| 6.2.3 Hoidon tarpeen arviointijärjestelmän rajausta | 123 |
| 6.2.4 Valtakunnallisten suositusten laadintaperusteet | 124 |
| 6.2.5 Vastuu valtakunnallisten suositusten laadinnasta, ylläpidosta ja noudattamisen valvonnasta | 124 |
| 6.2.6 Valtakunnallisten suositusten kattavuus | 124 |
| 6.2.7 Valtakunnallisiin suosituksiin mukaan otettavien tauti- ja toimenpideryhmien valinta | 125 |
| 6.2.8 Valtakunnallisten suositusten sisältämien hoidon aiheiden määrittely | 125 |
| 6.2.9 Valtakunnallisten suositusten soveltaminen ja dokumentointi | 125 |

6.2.1 Taustaa

Alati parantuvat hoitomahdollisuudet lisäävät terveyspalvelujen kysyntää nopeammin kuin terveyspalvelujen rahoitusta voidaan kasvattaa. Kasvava epätasapaino on johtanut siihen, että kaikissa OECD-maissa käydään vilkasta keskustelua hoidon tarpeista, missä järjestyksessä tarpeita vastaava hoito järjestetään (hoitojen priorisointi) sekä mahdollisuuksista hoitojärjestelmää tehostamalla parantaa ja lisätä terveyspalvelujen tarjontaa. Työryhmän käsityksen mukaan myös suomalaisessa terveyspolitiikassa on syytä järjestelmällisellä ja avoimella tavalla käyttää kaikki kolme tapaa vaikuttaa edellä mainitun epätasapainon vähentämiseksi.

Etenkin Alankomaissa, Norjassa ja Ruotsissa on keskitytty esittämään periaatteita ja järjestelmiä, joiden avulla voidaan hoidon tarpeet asettaa tärkeysjärjestykseen. Keskeisinä seikkoina näitä periaatteita laadittaessa ovat olleet tautitilojen aiheuttama hengenvaara, haitta tai riski sekä käytettävissä olevien hoitojen vaikuttavuus ja komplikaatiomahdollisuus. Ruotsin lainsäädännössä nojaututaan ihmisarvon, tarvehierarkian ja kustannusvaikuttavuuden periaatteisiin. Kaikilla kansalaisilla on sama arvo ja yhtäläiset oikeudet. Tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen tautitilan vakavuuden mukaan ja hoitojen on oltava kustannustehokkaita.

Hoidon tarve määritellään useimmiten tautitilan mukaan. Käänteinen tapa on tautitilan sijasta tarkastella hoitotoimenpiteitä ja niiden aiheita. Tällöin arvioidaan kunkin toimenpiteen kohdalla minkälaiset ja kuinka vakava-asteiset tautitilat, oireet ja toimintakyvyn vajaukset pitää hoitaa, ottaen huomioon tautitilan ennuste ja hoitotoimenpiteen vaikuttavuus. Hoidon aiheiden määrittely on tavallinen tapa hallita ennakolta suunniteltu hoitotoiminta ja varmistaa, että sovelletaan sekä tarvehierarkiaa (kiireellisyysjärjestys) että hyötynäkökohtaa (kustannusvaikuttavuus).

On kansainvälisiä esimerkkejä siitä, että hoitotoimenpiteiden aiheet voidaan esittää selkeästi määriteltynä siten, että arviointitavan oikeellisuus on korkea, eli kohtuullisen

riippumaton arvioinnin suorittajasta ja siitä hoitoyksiköstä jossa arviointi suoritetaan. Työryhmä esittelee seuraavassa neljä tunnettua esimerkkiä.

Uuden-Seelannin terveydenhuoltojärjestelmä on Pohjoismaiden kaltainen ja rahoitus veroperusteinen. Terveydenhuoltolainsäädäntöä on useaan otteeseen uudistettu. Vuonna 1993 päätettiin määrittellä erikseen ne peruspalvelut (core services), jotka valtio turvaa.

Peruspalveluiden määrittelemiseksi perustettiin terveysministerin alainen pysyvä neuvoa antava komitea. Komitea tuli siihen tulokseen, että yksittäisistä toimenpiteistä koostuvaa arviointilistaa ei voida tehdä, vaan peruspalveluiden määrittely tulisi perustua hoitosuosituksiin ja kliinisesti arvioituihin tärkeysjärjestystä ilmaiseviin kriteereihin. Komitea asetti neljä periaatetta hoidon aiheen määrittelyn perustaksi: hoidon vaikuttavuus (hyötyjen ja haittojen suhde), taloudellisuus, oikeudenmukaisuus ja yhteiskunnan arvot. Näiden periaatteiden mukaisia hoidon aiheiden kriteeristöjä laadittiin laajan asiantuntijajoukon hyväksymien hoitosuosistusten pohjalta kaikille keskeisille sairauksille (www.nhc.govt.nz, www.nzgg-careplans.org.nz/).

WCWL (Western Canada Waiting List Project, www.wcwl.org) -hanke käynnistettiin marraskuussa 1998 sen jälkeen, kun oli syntynyt laaja alueellinen yksimielisyys tarpeesta parantaa hoidon saatavuutta koskevan tiedon laatua ja siten mahdollistaa oikeudenmukaisemmat hoitopäätökset. Alueella oli todettu, että hoitopäätöksiä tehtäessä eri toimintayksiköissä otettiin kliinisiä ja ei-kliinisiä tekijöitä huomattavan eri tavalla huomioon. Hanke valitsi kehittämiskohteikseen kaihikirurgian, yleiskirurgian, polven ja lonkan tekonivelkirurgian, MRI- tutkimukset ja lastenpsykiatrian. Kehittämisaalueet oli valittu sillä perusteella, että niistä saatuja kokemuksia voitaisiin käyttää laajemmin samankaltaisen toiminnan kehittämiseen. Hankkeen ensimmäisen osan loppuraportti julkaistiin maaliskuussa 2001. Erikoissairaanhoidoa koskeva hanke jatkuu ja vuonna 2003 on aloitettu perusterveydenhuoltoa koskeva hankekokonaisuus.

WCWL-hanke kattoi 19 sairaalaa tai tieteellistä tutkimuslaitosta. Hankkeeseen osallistui tutkijoita, sairaaloiden hallinnosta vastaavia virkamiehiä, lääkäriyhteisöjä ja aluehallinnon edustajia. Jokaista kehittämiskohdetta johti vastuullinen sairaala ja projekti-ryhmän muodosti kaikkien intressitahojen edustajat. Hoidon aiheen arviointi päätettiin toteuttaa luomalla Uuden-Seelannin kaltainen eri tekijöiden pisteytykseen perustuva mittari. Jokainen mittari koostuu määritellyistä kliinisistä oireista ja löydöksistä (esim. kivun luonne ja laajuus) sekä niiden vakavuusasteesta tai yleisyydestä (esim. ei lainkaan, satunnaisesti, usein, jatkuvasti). Jokaiseen mittariin sisältyy myös potilaan selviytymistä elämän eri tilanteissa kuvaavia kysymyksiä. Mittareihin sisällytetyt tekijät ilmaistiin sarjana kysymyksiä, jotka testattiin arvioiden kysymysten erottelukykyyä. Kussakin osahankkeessa testaus perustui noin 500 potilaan kliiniseen aineistoon, joita hoiti keskimäärin 15 lääkäriä. Lopulliseen hoidon aiheita kuvaavaan sairauskohtaiseen mittariin jäi 5-7 kysymystä. Maksimipistemäärä kullekin mittarille oli 100 pistettä. Liitteessä 1 (www.wcwl.org/tools/general_surgery/) on esitelty yleiskirurgian aiheiden mittari.

Englannissa Salisburyn sairaalan hoidon aiheiden pisteytysjärjestelmä on edellä esitetyn Kanadan mallin kaltainen (Salisbury Priority Scoring System). Aihealueet, joihin pisteytys perustuu, ovat sairauden eteneminen, kipu ja kärsimys, invalideetti ja riippuvaisuus muista, vaikutus työkykyyn sekä kulunut odotusaika. Lopullinen mittarin pistesumma saadaan sijoittamalla mittauksen lukuarvot monimutkaiseen kaavaan, joka on tulostettavissa tietokone-ohjelmalla. Järjestelmän etuina voidaan pitää sitä, että järjestelmään on mahdollista liittää tieto tarvittavista voimavaroista, sillä järjestelmään on kehitetty ennakolta suunnitelluille toimenpiteille "voimavaraluokitus", jossa toimenpiteet on luokiteltu sen mukaan kuinka paljon leikkaussaliminuutteja sekä hoitopäiviä ennen ja jälkeen toimenpiteen tarvitaan (Lack ym. 2000).

Edellä esitetyn kaltaista pisteytysjärjestelmää käyttää myös DUSOI -luokitusjärjestelmä (Duke Severity of Illness Checklist). Tässä mittarin aiheet liittyvät viimeisen viikon oireisiin ja komplikaatioihin, sairauden prognoosiin ilman hoitoa sekä sairauden hoidettavuuteen. Luokitus sopii konservatiivisten alojen hoidon aiheiden määrittelyyn ja myös eri sairauksien väliseen hoidon kiireellisyyden vertailuun (Parkerson ym. 1993).

6.2.2 Hoidon tarpeen arviointi ja hoitopäätöksen tekeminen

Nykyainsäädännön mukaan hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitopäätöksen tekee terveydenhuollon ammattihenkilö. Ammattihenkilö toimii koulutuksensa mukaisesti. Taudin määrittelyn suorittaa ja sen perusteella tapahtuvasta hoidosta päättää lääkäri tai hammaslääkäri. Päätöksenteko tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Terveydenhuollon ammattihenkilö soveltaa arvioinnissaan ja päätöksenteossaan yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Jatkossa käytetään tästä ammatillista toimintaa ohjaavasta normista nimitystä *yleisesti hyväksytty hoitokäytäntö*.

Yleisesti hyväksytty hoitokäytäntö muovautuu lääkäreiden ja hammaslääkäreiden yhteisestä näkemyksestä asianmukaisesta hoidosta, joka perustuu lääketieteellisten tiedekuntien opetukseen sekä ajankohtaiseen kansainväliseen kirjallisuuteen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan asianmukaisuuden arvioinnissa käytetään valvontaviraston valitsemia asianomaisia erikoisaloja tuntevia lääkäri- tai hammaslääkäri-asiantuntijoita.

Viime vuosina yleisesti hyväksytyn hoitokäytännön rinnalla on ruvettu käyttämään käsitteitä näyttöön perustuva lääketieteellinen toiminta ("evidence-based medicine") ja "käypä hoito". Näyttöön perustuva lääketieteellinen tietämys laaditaan kansainvälisen yhteistyön avulla ja se esitetään ns. järjestelmällisen katsauksen muodossa. Katsauksessa viitataan ajankohtaisiin tieteellisiin tutkimuksiin ja tehdään niistä yhteenvedonomainen arvio koskien suositeltavia tutkimus- ja hoitomenetelmiä. Arvion näytön aste ilmaistaan myös. Kansainvälisiin katsauksiin perustuvat kansalliset tutkimus- ja hoitosuosituksia laaditaan Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin johtamassa Käypä hoito -hankkeessa.

Käypä hoito -suositusta on toistaiseksi laadittu 50 sairaudesta, joista 45 on virallisesti hyväksytty ja 5 on lausuntokierroksella. Näiden lisäksi 12 suositusta on valmisteilla. Käypä hoito -suositukseen perustuen laaditaan sairaanhoitopiireissä keskeisistä tautiryhmistä alueelliset hoito-ohjelmat ja -sopimukset, jotka sisältävät ohjeita diagnostiikasta, hoidosta, kuntoutuksesta ja jatkohoidosta. Konsensus -lausumia on vuodesta 1985 alkaen laadittu 15 keskeisestä kansansairaudesta tai muuten ajankohtaisesta aiheesta (www.duodecim.fi).

6.2.3 Hoidon tarpeen arviointijärjestelmän rajaus

Hoidon tarpeen arviointijärjestelmää koskeva periaate-esitys rajataan koskemaan sitä lääketieteellisesti perusteltua kiireetöntä hoitoa, johon sovelletaan valtioneuvoston periaatepäätöksen sisältämää 3-6 kuukauden sääntöä. Tavanomaista hoitotoiminnassa käytettyä sanastoa noudattaen hoidon tarve arvioidaan siten, että tarkastetaan ovatko

suunnitellun hoitotoimenpiteen ennakolta määritellyt aiheet (indikaatiot) täyttyneet. Toimenpiteen aiheet ovat johdettavissa yleisesti hyväksytystä hoitokäytännöstä.

6.2.4 Valtakunnallisten suositusten laadintaperusteet

Ne suuret tilastoista todennettavat alueelliset erot ennakolta suunnitellussa erikoissairaanhoidossa, jotka eivät selity sairastavuuseroilla, johtuvat hoidon aiheiden vaihtelusta. Tällöin syntyy sellaisia eroja hoidon saatavuudessa, jotka asettavat kansalaiset eriarvoiseen asemaan. Hoitotoimenpiteiden väestöön suhteutettujen määrien vaihtelu johtaa myös voimavarojen epätarkoituksenmukaiseen ja tehottomaan käyttöön. Hoidon aiheiden yhdenmukainen soveltaminen on edellytys sille, että kansalaisten tarpeenmukaisen hoidon saantia koskevat perusoikeudet toteutuvat.

Työryhmä ehdottaa, että ennakolta suunnitellulle hoidolle erikoissairaanhoidossa laaditaan valtakunnalliset suositukset koskien hoito- ja toimenpidekohtaisia hoidon aiheita siten, että ne ovat sovellettavissa vuoden 2005 alusta alkaen, ja että niiden jatkuvasta päivityksestä huolehditaan.

Valtakunnalliset suositukset laaditaan tieteelliseen näyttöön perustuen ja hyödyntäen kansallisia hoitosuosituksia, ja ne ovat osa eri erikoisaloilla sovellettavaa yleistä hoitokäytäntöä.

6.2.5 Vastuu valtakunnallisten suositusten laadinnasta, ylläpidosta ja noudattamisen valvonnasta

Valtakunnallisten suositusten laadinnassa ja ylläpidossa nojaututaan siihen ammatilliseen ohjaukseen, jota nyt harjoitetaan erikoissairaanhoitolain, terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lain sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisesti.

Sairaanhoitopiirien johtavat lääkärit laativat ja ylläpitävät kulloinkin voimassa olevat valtakunnalliset suositukset ja vahvistavat ne noudatettaviksi sairaanhoitopiiriensä alueella. Tässä työssään he ovat yhteistyössä eri erikoisalojen ylilääkäreiden kanssa sekä hyödyntävät kansainvälisiä suosituksia, Käypä hoito-hankkeessa laadittavia suosituksia sekä työryhmän esittämiä esimerkkisuosituksia (s. 159–170). Ehdotus projektiorganisaatioksi on sivulla 171.

Sairaanhoitopiirin johtava lääkäri valvoo että valtakunnallisten suositusten perusteella vahvistettuja ohjeita noudatetaan sairaanhoitopiirin toimintayksiköissä.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja lääninhallitukset valvovat erikoissairaanhoitolain 5 § mukaisen suunnittelu-, ohjaus- ja valvontatehtävänsä perusteella että valtakunnallisia hoitosuosituksia noudatetaan ja tasa-arvoinen hoitoon pääsy toteutuu.

6.2.6 Valtakunnallisten suositusten kattavuus

Valtakunnalliset suositukset laaditaan tärkeimmistä tauti- ja toimenpideryhmistä, siten että ne kattavat kunkin erikoisalan ennakolta suunnitellusta hoitotoiminnasta valtakunnallisesti tarkasteltuna 80 %.

6.2.7 Valtakunnallisiin suosituksiin mukaan otettavien tauti- ja toimenpideryhmien valinta

Suosituksien piiriin mukaan otettavat tauti- ja toimenpideryhmät valitaan niiden yleisyyden, taudin vakavuuden ja hoidon vaikuttavuuden perusteella.

6.2.8 Valtakunnallisten suositusten sisältämien hoidon aiheiden määrittely

Valtakunnallisessa tiettyä tauti- ja toimenpideryhmää koskevien hoidon aiheiden (indikaatiot) määrittelyssä sovelletaan seuraavia periaatteita: diagnostisten kriteerien täyttyminen, taudin potilaalle aiheuttama oireisuus ja haitta, taudin ennuste ja hoidon vaikuttavuus sekä hoitoon ja hoitamatta jättämiseen liittyvät riskit.

6.2.9 Valtakunnallisten suositusten soveltaminen ja dokumentointi

Sairaanhoitopiirien johtavat lääkärit määräävät, että valtakunnallisten suositusten mukaisten hoidon aiheiden täyttymisestä tehdään kriteerikohtaisesti merkintä sairauskertomukseen ja, mikäli potilas asetetaan hoitojonoon, työryhmän ehdottamaan jonojen seurantajärjestelmään.

Kirjallisuus

- Edwards RT. Elective waiting lists are becoming explicitly rationed. *BMJ* 1996;313:558-9.
- Lack A, Edwards RT, Boland A. Weights for waits: lessons from Salisbury. *J Health Serv and Res Pol* 2000;5:83-8.
- Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn JC et al. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clin Pract* 2003;9:23-31.
- Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CJ. The Duke severity of illness checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:379-93.
-

6.3 Jononhallinnan periaatteet

| | |
|--|------------|
| 6.3.1 Yleistä | 126 |
| 6.3.2 Perusterveydenhuollossa noudatettava tietojen rekisteröinti- ja raportointikäytäntö | 127 |
| 6.3.3 Erikoissairaanhoidossa noudatettava tietojen rekisteröinti- ja raportointikäytäntö | 128 |

6.3.1 Yleistä

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi asetti tavoitteeksi, että valtakunnallisten kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamishojjeiden avulla turvataan kansalaisille terveydentilan edellyttämät ja riittävät palvelut asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Periaatepäätös sisälsi hoitoon pääsyä koskevat aikamäärät sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, ja ne koskevat sekä hoidon tarpeen arviointia että pääsyä lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon. Työryhmä on todennut, että viimeksi mainittujen määräysten tulee koskea myös pitkäaikaisesti sairaita ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja samanaikaisesti käyttäviä potilaita. Heidän kohdallaan hoitosuhteen jatkuvuus ja palvelujärjestelmän eri osien saumaton yhteistyö ovat yksittäiseen hoitokontaktiin mahdollisesti liittyvää viivettä tärkeämpiä. Työryhmä esittää sen takia paitsi hoitokontaktien tilaus- ja toteutusajan kohtien rekisteröintiä myös annettujen ohjeiden sekä laadittujen hoitosuunnitelmien kirjaamista.

Työryhmän jononhallinnan periaatteita koskevat ehdotukset kattavat kaikki ne terveydenhuollon toiminnot, joihin sovelletaan valtioneuvoston periaatepäätöksen aikamääreitä, eivätkä ne siten kohdistu pelkästään hoitojonoihin eli ennakolta suunniteltuun hoitoon odottaviin potilaisiin.

Ehdotukset on laadittu terveydenhuollon toimintayksiköitä koskeviksi määrämuotoisten tietojen rekisteröinti- ja raportointivelvoitteiksi. Määrämuotoisten tietojen käyttö mahdollistaa valtakunnallisen seurannan ja toimintayksiköiden välisen vertailun. Vastaavasti näiden tietojen avulla toimintayksiköt voivat suunnitella ja toteuttaa toimintansa siten, että ne pystyvät noudattamaan valtioneuvoston periaatepäätökseen sisältyviä aikamääreitä. Terveydenhuollon toiminnan johtaminen ja sen osana jonojen hallinta on ensisijaisesti tiedonhallintaa.

Hoitoon pääsyä edistävän tietohuollon tulee ensisijaisesti hyödyntää olemassa olevia paikallisia ja valtakunnallisia tietojärjestelmiä ja tilastointikäytäntöjä. Tärkeimpiä ovat Stakesin ylläpitämä hoitoilmoitus (HILMO) -rekisteri sekä Suomen kuntaliiton keräämät toiminta- ja taloustilastot. Lisäksi on varmistettava että tärkeät kansalliset tietojärjestelmähankkeet, ennen kaikkea sähköinen potilaskertomusjärjestelmä ja avohoidon tilastouudistus, sisällyttävät järjestelmäratkaisuihinsa työryhmän ehdottamaa rekisteröinti- ja raportointikäytäntöä. Myös tilasto 2005 -uudistuksessa on otettava huomioon työryhmän esitykset.

Työryhmä on laatinut edellä esitettyjä periaatteita noudattavan hoitoon pääsyä tukevan tietohuoltostrategian, jota esitellään liitteessä 5 (s. 172-186).

6.3.2 Perusterveydenhuollossa noudatettava tietojen rekisteröinti- ja raportointikäytäntö

Työryhmä ehdottaa, että terveyskeskukset rekisteröivät ja raportoivat hoitoon pääsyyn liittyviä tietoja seuraavasti:

1. Puhelimitse tai sähköisesti tapahtuvasta yhteydenotosta
 - Terveystenhuollon toimintayksikkö (OID-koodi)
 - Yhteydenottoyhteyden ajankohta
 - Yhteydenottoajan ajankohta
 - Yhteydenottajan ja potilaan (mikäli eri henkilöitä) henkilötiedot
 - Yhteydenottoon vastaava terveydenhuollon ammattihenkilö
 - Yhteydenottoon johtanut ongelma
 - Ammattihenkilön antama ohje ja/tai laatima hoitosuunnitelma mahdollisine ajanvarauksittain
 - Yhteydenottajan ohjeiden ja/tai hoitosuunnitelman hyväksyminen

Työryhmä suosittelee, että tietojen rekisteröinti tehdään niin, että yhteydenotosta laaditaan silloin kun asian luonne niin edellyttää, sairauskertomusmerkintä, joka sisältää yllä mainitut tiedot.

2. Ajanvarauksesta terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle ensiarvion suorittamiseksi
 - Terveystenhuollon toimintayksikkö (OID-koodi)
 - Potilaan henkilötiedot
 - Ajanvarauksen päivämäärä
 - Ammattihenkilön virkanimike
 - Annettu vastaanottoaika
 - Käynnin tyyppi (ensi/uusintakäynti)
 - Toteutuneen vastaanottokäynnin päivämäärä
 - Käyntisyys tai diagnoosikirjaus

Työryhmä suosittelee, että tietojen rekisteröinti tehdään terveyskeskuksen potilastietojärjestelmään, tarvittaessa sitä kehittäen.

3. Lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustellusta hoidosta
 - Terveystenhuollon toimintayksikkö (OID-koodi)
 - Hoidon tarpeen toteutuksen päivämäärä
 - Suunniteltu hoito käyttäen sopivaa valtakunnallista luokitusta
 - Hoidon toteutuksen päivämäärä, joko omana toimintana tai toiselta palvelujen tuottajalta (määritelty OID-koodilla) hankittuna

Työryhmä suosittelee, että tietojen rekisteröinti tehdään terveyskeskuksen potilastietojärjestelmään, tarvittaessa sitä kehittäen.

4. Kohdissa 1-3 rekisteröidyistä tiedoista terveyskeskus laatii yhteenvedotilastot, josta käy ilmi yhteydenotoissa mahdollisesti syntyneet viiveet, ensiarvion ajallinen toteutuminen ammattihenkilöryhmittäin sekä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltujen hoitojen odotusajat hoitoryhmittäin.

Terveystenkeskus toimittaa tilastot kolme kertaa vuodessa lääninhallitukselle.

6.3.3 Erikoissairaanhoidossa noudatettava tietojen rekisteröinti- ja raportointikäytäntö

Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitopiirit rekisteröivät ja raportoivat hoitoon pääsyyn liittyviä tietoja seuraavasti:

1. Erikoissairaanhoitoon osoitetusta läheteestä
 - Terveystieteiden toimintayksikkö (OID-koodi)
 - Saapumisajankohta
 - Henkilötiedot
 - Lähettävä toimintayksikkö (OID-koodi) ja lääkäri
 - Lähettettä käsittelevä lääkäri, lähetteen käsittelyn päivämäärä
 - Mahdollinen kannanotto ja yhteydenotto lähettävään lääkäriin
 - Ajanvaraus (päivämäärä) poliklinista arviota varten

Työryhmä suosittelee, että kyseiset tiedot määritellään HILMO-rekisterin pakollisiksi tiedoiksi, ja että tietojen syöttö tapahtuu potilastietojärjestelmän avulla.

2. Lähetteen perusteella tapahtuvasta poliklinisesta arviosta
 - Terveystieteiden toimintayksikkö (OID-koodi)
 - Poliklinikkakäynnin päivämäärä
 - Henkilötiedot
 - Diagnoosit
 - Lääketieteellinen arvio mahdollisesta hoidosta käyttäen valtakunnallisten suositusten mukaisia hoidon aiheita
 - Mahdollinen kannanotto ja yhteydenotto lähettävään lääkäriin
 - Suunniteltu hoito käyttäen sopivaa valtakunnallista luokitusta

Työryhmä suosittelee, että kyseiset tiedot määritellään HILMO-rekisterin pakollisiksi tiedoiksi, ja että tietojen syöttö tapahtuu potilastietojärjestelmän avulla.

3. Lääketieteellisesti perustellusta hoidosta
 - Terveystieteiden toimintayksikkö (OID-koodi)
 - Henkilötiedot
 - Hoidon tarpeen toteamisen päivämäärä
 - Lääketieteellinen arvio hoidosta käyttäen valtakunnallisten suositusten mukaisia hoidon aiheita
 - Hoidon toteutuksen päivämäärä, joko omana toimintana tai toiselta palvelujen tuottajalta (OID-koodi) hankittuna
 - Annettu hoito käyttäen sopivaa valtakunnallista luokitusta

Työryhmä suosittelee, että kyseiset tiedot määritellään HILMO-rekisterin pakollisiksi tiedoiksi, ja että tietojen syöttö tapahtuu potilastietojärjestelmän avulla.

4. Kohdissa 1-3 rekisteröidyistä tiedoista sairaanhoitopiiri laatii yhteenvetotilastot, joista käy ilmi poliklinisen hoidon arvion ajallinen toteutuminen sekä lääketieteellisesti perusteltujen hoitojen odotusajat jaettuna valtakunnallisten suositusten mukaisiin hoito- tai toimenpideryhmiin.

Sairaanhoitopiiri toimittaa tilastot kolme kertaa vuodessa lääninhallitukselle.

6.4 Säädosmuutosehdotukset

Muutos kansanterveyslakiin (3 luku Kunnan kansanterveystyö)

14 § 1 momentti ennallaan. Uudet 2 ja 3 momentit, jolloin nykyisistä 2 – 5 momenteista tulee 4 – 7 momentteja.

14 § (uusi) 2 momentti *Sairaanhoidon palveluja järjestäessään kunnan tulee järjestää välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen ja terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen.*

14 § (uusi) 3 momentti *Lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu hoito tulee järjestää kohtuullisessa ajassa, enintään kolmessa kuukaudessa kuitenkin viimeistään kuudessa kuukaudessa. Hoitoa järjestettäessä otetaan huomioon henkilön senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku. Jos hoitoa ei voida antaa sääädetyissä enimmäisajoissa, kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta potilaalle aiheutuvan asiakasmaksun muuttumatta.*

Nykyiset 2-5 momenteista tulee 4 – 7 momentteja; siirtyneessä 6 momentissa muutetaan viittaus 5 momenttiin (nykyisin 4 momentissa viittaus 3 momenttiin).

Perustelut

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Valtion ja kuntien tulee lainsäädäntötoimin, voimavaroja myöntämällä ja toiminnan asianmukaisella järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveyspalvelut.

Lakisääteisen terveydenhuollon järjestämisvastuu ja toimeenpano kuuluu kunnille ja kuntayhtymille. Valtio sääntelee lainsäädännöllä kuntien ja kuntayhtymien tehtäviä sekä potilaiden asemaa. Valtio osallistuu myös toiminnan rahoitukseen valtionosuuksin. Kun lainsäädännöllä (kansanterveyslain (66/1972) 5 §:n 1 momentti ja erikoissairaanhoitolain (1127/1998), 3 §:n 1 momentti) terveydenhuollon järjestäminen on säädetty kuntien ja kuntayhtymien tehtäväksi, on niillä vastuu tämän julkiselle vallalle säädetyn huolehtimisvelvoitteen toteuttamisesta käytännössä. Erikoissairaanhoidossa vastuu on säädetty sairaanhoitopiirien kuntayhtymille. Sairaanhoitopiirien tulee siten huolehtia perustuslain 19 §:n edellyttämästä erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoi-

don järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoidolain 10 §:ssä, joka myös ehdotetaan muutettavaksi tämän uudistuksen yhteydessä. Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa määritellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät sekä kuntien velvoitteet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista annetun lain (733/1992, STVOL) mukaan valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuu, kun ne järjestävät palvelut. Kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (STVOL 3). Kunta voi järjestää terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan taikka muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta (STVOL 4 §). Oikeuskirjallisuudessa ja -käytännössä on korostettu sitä, ettei potilaan oikeutta hoitoon voida rajoittaa vetoamalla pelkästään kunnan terveydenhuoltoon osoittamien määrärahojen niukkuuteen ottamatta huomioon potilaan yksilöllisiä tarpeita (toim. Narikka, s. 321). Perustuslaki jo sinänsä velvoittaa julkisen vallan eli valtion ja kunnat turvaamaan jokaiselle riittävät terveyspalvelut. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää, että hoidon tarpeen arvioinnin sekä potilaan hoidon ja kohtelun on oltava laadultaan hyvää ja muutoinkin täytettävä lain 3 §:ssä määritellyt hyvän hoidon ja kohtelun kriteerit. Hyvään hoitoon kuuluu muun muassa oikeus päästä hoitoon, saada tietoja, suostua hoitoon jne.

Pykälän muutosehdotuksen tavoitteena on edistää terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen sekä suun terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja siten turvata ja nopeuttaa potilaan hoitoon pääsyä. Edellytyksenä, että hoitoon pääsyä voitaisiin edistää, on se, että kunnan tulisi järjestää välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen. Kunta voisi kuitenkin järjestää terveyspalvelut myös muulla tavoin kuin terveyskeskuksessa. Kunnalla olisi mahdollisuus järjestää yhteydensaanti muun muassa kehittämällä puhelinpäivystys- ja neuvontapalveluja osana julkista terveyspalvelujärjestelmää. Uusia menetelmiä voitaisiin ottaa käyttöön niistä saatujen hyvien kokemusten perusteella. Olennaista olisi terveydenhuollon ammattihenkilön osaaminen, jotta hän pystyy ohjaamaan potilaan hoitoon oikeaan paikkaan ja oikeaan aikaan. Parhaimmillaan toiminta voisi olla palvelua, jossa saman yhteydenoton aikana voitaisiin antaa neuvontaa, palveluohjausta sekä hoitaa ajanvaraukset. Puhelimessa tapahtuva yhteys olisi myös tehokkaampaa, jos ammattihenkilöllä on käytettävissään henkilön potilasasiakirjat. Kaikissa järjestämistavoissa tulee ottaa huomioon potilaan tietosuojaan liittyvät asiat. Tarkoituksena olisi parantaa potilaiden mahdollisuutta saada yhteys terveyspalvelujärjestelmään ja siten hoitoon pääsyä. Nykyisin yhteyden saaminen saattaa vaihdella paljonkin eri kuntien tai terveyskeskusten välillä. Hoitoon pääsyn turvaaminen vaatii tarkennettujen säännösten lisäksi pitkäjänteistä ja terveyspalvelujen tuottajaorganisaatioiden järjestelmällistä kehittämistyötä.

Yhteydenotossa tulisi potilaan saada tiedoksi ne toimet, joiden katsotaan olevan yhteydenoton johdosta tarpeellisia. Yhteydenotto voisi tapahtua myös puhelimitse tai sähköpostilla, mutta terveyskeskuksen tulisi huolehtia potilaan henkilöllisyyden tarkistamisesta ja varmentamisesta. Potilas voisi halutessaan saada hoidon tarpeestaan lääkärin arvion.

Kunnan tulee järjestää terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä hoidon tarpeen arviointi ja sen perusteella järjestää kohtuullisessa ajassa hoitoa. Hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arvioinnin ammattivastuullaan. Hänen tulee

ammattitoiminnassaan noudattaa terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 15 §:n mukaan myös ammattieettisiä velvollisuuksia. Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Ammattihenkilön tulee soveltaa yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä, perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, joita hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden edellytetään toimivan potilaan etujen mukaisesti. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaan ammattihenkilö tekee päätöksensä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

Terveydenhuollon toimintayksikkö on viime kädessä vastuussa siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet ja että terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön muut edellytykset täyttyvät.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen perimmäinen tavoite on, että potilas pääsee hoitoon mahdollisimman nopeasti ja saa mahdollisimman hyvää hoitoa riippumatta hänen varallisuudestaan tai asuinpaikastaan. Pääsy hoitoon säännellyissä enimmäisajoissa koskisi kiireettömiä hoitoja. Enimmäisajat koskisivat myös suun terveydenhuoltoa ja lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen osalta kuitenkin hoitoa on järjestettävä viimeistään kolmessa kuukaudessa ja tästä on tarkemmat säännökset valtioneuvoston asetuksessa. Kiireellisten hoitojen osalta lait pysyisivät ennallaan. Erilaisen todistusten saaminen ei sen sijaan sisältyisi näihin enimmäisaikoina annettaviin palveluihin. Terveysneuvontaa kuitenkin voisi sisältyä käytännössä kaikkeen potilastyöhön jossakin muodossa.

Kansanterveystyössä on erityisen tärkeää ohjata potilas oikeaan aikaan oikealle hoidon tasolle. Kunnan velvollisuuteen järjestää asukkaidensa terveyden- ja sairaanhoito kuuluu lääkärin tai hammaslääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Terveyskeskusten toiminta painottuu kroonisten sairauksien hoitoon ja ehkäisevään kansanterveystyöhön. Hoitoon pääsyä turvaavat säännökset soveltuvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin.

Säännös tukisi myös lääkärin ja terveydenhuollon ammattihenkilön välisen työnjaon kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän selvityksen mukaan lääkärin ja hoitajan välisen työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollossa koskee sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanottotoimintaa äkillisesti sairastuneille, joilla on lievä sairaus, lääkäri-sairaanhoitaja/terveydenhoitaja -työparin toimintaa sekä sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanottoja määrääikaista seurantaa tarvitseville astma-, diabetes-, verenpaine- ja reumapotilaille. Suun terveydenhuollossa on meneillään useissa terveyskeskuksissa hammaslääkärin, hammashuoltajan ja hammashoitajan välisen työnjaon kehittämishankkeita. Säännös tukisi työnjaon edelleen kehittämistä ja hyvien toimintakäytäntöjen levittämistä eri terveyskeskuksiin. On tärkeää, että kunkin ammattiryhmän koulutusta ja osaamista käytetään mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti, paikalliset olosuhteet huomioon ottaen. Suun terveydenhuoltoa on laajennettu asteittain vuosina 2001–2002 koskemaan koko väestöä. Muutokset edellyttävät monissa kunnissa toimintakäytäntöjen uudelleen tarkastelua (Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:12).

Terveydenhuollon muille ammattihenkilöille on siirretty tehtäviä, jotka ovat perinteisesti kuuluneet lääkäreille tai hammaslääkäreille, mutta joihin ammattihenkilöillä on jo käytännön kokemuksensa perusteella sekä tätä tukevalla lisäkoulutuksella ja perehdytyksellä valmius, esimerkiksi sairaanhoitaja/terveydenhoitaja määrää laboratorionäytteitä ja antaa todistuksia lyhyitä sairauslomia varten. Käytännössä kättilöt antavat itsenäisesti lähetteitä erikoissairaanhoitoon.

Terveyskeskusten toimintaa on kehitetty väestövastuu- tai omalääkärijärjestelmän mukaisesti 1980-luvun loppupuolelta lähtien. Omalääkäri - omahoitaja -työpari huolehtii yhteisestä vastuuväestöstä. Omahoitaja huolehtii määrääkaista seurantaan tarvittavien potilaiden seurantavastaanoitoista, joihin kuuluu myös tehostettu potilasohjaus. Edellä mainittuihin toimintatapoihin on liitetty myös sairaanhoitajan / terveydenhoitajan puhelimitse tekemä sairauden tai vamman hoidon tarpeen arvioiminen, oikeaan hoitopaikkaan ohjaaminen sekä muu potilasohjaus.

Sosiaali- ja terveysministeriön Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen alueellista toimeenpanoa koskevaan arviointitutkimukseen sisältyneen terveyskeskuskyselyn mukaan noin joka neljännessä terveyskeskuksessa oli uudistettu henkilöstön työnjakoa (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:8). Yleisimmin oli muutettu lääkärin ja sairaanhoitajan/terveydenhoitajan työnjakoa äkillisten infektioiden ja pitkäaikaissairauksien (diabetes, astma, reuma, verenpaine, dementia) hoidossa sekä aloittamalla hoitajan vastaanottoja.

Hoidon tarpeen määrittelee lääkäri tai hammaslääkäri, joka päättää potilaan lääketehtäellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta (terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki, 559/1994, 22 §). Tässä yhteydessä ei ole tarkoitus muuttaa ammatinharjoittamislakia tältä osin. Kansanterveyslain 17 §:n mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää sairaanhoidon järjestämisestä potilaalle avosairaanhoitona tai terveyskeskuksen sairaansijalla annettavana hoitona. Niin ikään hän päättää potilaan siirrosta toiseen sairaanhoitolaitokseen.

49 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi *tarkemmat* säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsyn *periaatteista voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella*. Valtioneuvoston asetuksella säädetään terveyskeskuksessa 14 §:n 2 momentissa tarkoitettujen oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Perusteluihin:

Tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsystä voitaisiin antaa valtioneuvoston asetuksella. Asetuksessa voisi olla säännöksiä menettelystä.

Muutokset erikoissairaanhoitolakiin (3 luku Sairaanhoitopiirin tehtävät)

10 §

Sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tehtävänä on järjestää tässä laissa säädetty erikoissairaanhoito alueellaan. *Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on vastuussa sen erikoissairaanhoitoon lähetetyn potilaan hoidon tarpeen arvioinnista yhtenäisin, lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein sekä potilaan hoidon järjestämisestä.*

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaalaan taikka muuhun erikoissairaanhoidon tai tähän verrattavaan toimintayksikköön. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, enintään kolmen kuukauden kuluessa, kuitenkin viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Jos hoitoa ei voida antaa säädetyissä enimmäisajoissa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta potilaalle aiheutuvan asiakasmaksun muuttumatta.

Sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien *sosiaalitoimen* kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää. *Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on laadittava alueellisesta yhteistyöstä ja työnjaosta ja sen toteuttamisesta suunnitelma siten, että palvelut voivat yhdistyä asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja.*

Perustelut

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Tämän velvoitteen toteuttamiseksi jokaisen kunnan on kuuluttava sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirien tulee siten osaltaan huolehtia perustuslain 19 §:n edellyttämästä erikoissairaanhoidosta. Sairaanhoitopiirejä on 20 ja lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Vuoden 2000 alussa voimaan tulleen erikoissairaanhoidon lain muutoksen jälkeen kunta voi itse päättää siitä, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala. Näistä viisi on erityistason sairaanhoidtoa antavia yliopistollisia sairaaloita (Helsinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio). Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Sairaanhoitopiirin sairaaloita käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon (ESHL 30 §).

Kun sairaanhoitopiirillä on vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä, merkitsee tämä samalla sitä, että kaikille sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkailla tulee järjestää palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Erityisesti pidetään tärkeänä alueellisen tasa-arvon toteutumista perusoikeuksien toteutumisessa. Erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja niiden järjestämistavoissa rajoittaa perustuslain yhdenvertaisuussäännös (6 §). Terveyspalveluja on annettava siten, ettei ihmisiä ilman lääketieteellisesti perusteltua syytä aseteta eri asemaan muun muassa heidän ikänsä, terveydentilansa tai vammaisuutensa perusteella. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toiminnasta vastaava taho järjestää toiminnan siten, että kaikilla henkilöillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, tulee olla mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein.

Yhdenvertaisuusperiaatteen on myös katsottava merkitsevän sitä, että sen mukaisesti toimitaan myös ajallisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että hoito tulee järjestää samojen periaatteiden mukaisesti riippumatta siitä, syntykö hoidon tarve alkuvuonna tai loppuvuonna. Kuntien ja sairaanhoitopiirin tulee suunnitella ja järjestää toimintansa tämän mukaisesti. Loppuvuodesta ilmenevään hoidon tarpeeseen tulee vastata samojen periaatteiden mukaisesti kuin alkuvuonna ilmenneeseen hoidon tarpeeseen. On toki mahdollista, että kunnasta tai sairaanhoitopiiristä riippumattomista tekijöistä johtuen, esimerkiksi lakko tai laaja epidemia, tähän ei aina täysin päästä, mutta normaalissa tilanteessa toiminta tulee järjestää tämän periaatteen mukaisesti.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti täsmennettäisiin hoitoon pääsyä koskevia vaatimuksia. Säännöksessä todettaisiin periaate hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa ja hoitoon pääsyn enimmäisajat/tai enimmäisajoista säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Säännöksellä täsmennettäisiin hoidon saatavuutta myös maan eri osissa potilaan maksukyvyystä riippumatta. Säännöksellä selkiytettäisiin erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirin vastuuta potilaan hoidosta. Eduskunnan oikeusasiamies antoi ratkaisussaan (Dnro 488/04/00, ns. HUS:n jonot) valtioneuvostolle velvoitteen muuttaa erikoissairaanhoidon lain säännöksiä kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asemasta ja tehtävistä ottaen huomioon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistamisesta aiheutuneet muutokset kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän välisille suhteille.

Kun potilas on lähetetty saamaan erikoissairaanhoidtoa, vastuu potilaasta siirtyisi sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän olisi myös hankittava hoito muilta palveluntuottajilta asiakasmaksun muuttumatta, jos hoitoa ei voida antaa säädetyissä enimmäisajoissa. Hoito olisi järjestettävä enimmäisajoja ylittämättä. Erikoissairaanhoidon asiantuntija arvioisi potilaan hoidon tarpeen ja voisi tarvittaessa palauttaa potilas perusterveydenhuoltoon hoito-ohjeineen eli erikoissairaanhoidon asiantuntija antaisi konsultaation, jos se olisi tarkoituksenmukaisin toimenpide. Palvelujär-

jestelmän tulisi kuitenkin huolehtia, ettei potilas jäisi terveyspalvelujen ulkopuolelle tai häntä siirreltäisi tarpeettomasti edestakaisin eri hoidon porrastusten välillä.

Nykyisissä kansanterveyslaissa (27 §) ja erikoissairaanhoitolaissa (10 §) on säännöksiä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä yhteistyöstä ja toiminnallisen kokonaisuuden muodostamisesta. Säännöstä ehdotetaan täsmennettäväksi siten, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on laadittava suunnitelma yhteistyöstä ja alueellisesta työnjaosta sekä sen toteuttamisesta. Säännöksen tarkoituksena on edistää saumattomien palveluketjujen syntymistä ja eri palveluiden yhdistymistä asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi.

Säännöksessä mainitulla suunnitelmalla selkiytettäisiin yhteyttä terveydenhuollon toiminnan ja kuntalaissa (365/1995) tarkoitetun taloudellisen suunnittelun välillä. Kuntalain 65 §:n mukaan kunnan valtuuston on vuoden loppuun mennessä hyväksyttävä kunnalle seuraavaksi vuodeksi talousarvio. Talousarvion lisäksi valtuuston on hyväksyttävä myös taloussuunnitelma kolmeksi tai useammaksi vuodeksi. Talousarvio ja -suunnitelma on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamiseen turvataan. Kuntalain 86 §:ssä säädetään kuntaa koskevien säännösten soveltamisesta kuntayhtymässä. Sairaanhoitopiirin ja kuntien välisellä alueellisella suunnitelmalla/sopimuksella yhteistyöstä ja työnjaosta parannettaisiin nykyistä käytäntöä ja se edistäisi kuntien taloudellista vakautta. Terveystenhuollon toiminnot järjestettäisiin suunnitelman/sopimuksen mukaisesti saman aikajänteen sisällä kuin kunnan talouden suunnittelukin tapahtuisi. Kunnat maksaisivat sairaanhoitopiirille vahvistetun laskutushinnaston mukaisesti riippumatta siitä, mistä sairaanhoitopiiri hankkisi palvelut. STVOL:n 4 §:n säännöksen mukaan myös sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää tehtävänsä hoitamalla itse, sopimuksin muiden sairaanhoitopiirien tai kuntien kanssa tai hankkimalla palveluja valtiolta, kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta.

Säännösmuutoksen tavoitteena on myös estää ns. kuntakohtaisten jonojen muodostuminen ja siten lisätä potilaiden yhdenvertaisuutta palvelun saamisessa ja estää potilaiden siirtely erilaisissa jonoissa tai potilaiden väliinpuotoaminen kunnan tai kuntayhtymän järjestämisvelvollisuuden katveeseen. Järjestämisvelvollisuuden täsmentämisen myötä sairaanhoitopiiri järjestäisi sinne erikoissairaanhoitoon lähetetyn potilaan hoidon.

13 luku

Erinäisiä säännöksiä

59 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi *tarkempia* säännöksiä tutkimukseen ja hoitoon *pääsystä erikoissairaanhoidossa voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.*

Perusteluihin:

Tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsystä voitaisiin antaa valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa myös tarkempia säännöksiä alueellisesta yhteistyöstä.

59 a §

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi järjestää hoitoa Suomessa, sen on pyynnöstä annettava potilaalle ennakkolupa hakeutua hoitoon asiakasmaksun muuttumatta Euroopan talousalueen jäsenmaihiin. Ennakkolupa on myönnettävä, jos kyseinen hoito on Suomessa tunnustettu hoitomuoto ja jos asianomaiselle ei voida antaa tällaista hoitoa kansanterveyslaissa (66/1972) tai tässä laissa säädetyissä enimmäisajoissa, kun otetaan huomioon asianomaisen senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku. Muutoksenhausta ennakkoluvan osalta on voimassa, mitä hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

Perustelut

EU:ssa liikkuvien henkilöiden oikeutta sosiaaliturvaan sääntelee asetus, joka sovitaa yhteen kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä (Neuvoston asetus EY N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuvien palkattuihin työntekijöiden, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä sekä sen täytäntöönpanoasetus 574/72). Asetuksen sairausmääräykset koskevat Suomen julkisia terveydenhuoltopalveluja, sairausvakuutusta ja kuntoutusta. Asetusta sovelletaan EU-maiden lisäksi ETA-maissa. Yleensä henkilö kuuluu asuinmaastaan riippumatta sen valtion lainsäädännön alaisuuteen, missä hän työskentelee. Asetuksen määräysten piiriin kuuluvat periaatteessa kaikki Suomen lainsäädännön mukaiset terveyspalvelut, kuten avosairaanhoito, hammashuolto ja sairaalapalvelut.

Sosiaaliturva-asetuksen 22 artiklan mukaan potilas voi hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon, jos hänellä on toimivaltaisen (asuinvaltio) laitoksen myöntämä lupa (loma E 112). Suomessa luvan antaa sairaanhoitopiiri. Lupaa ei voida asetuksen mukaan evätä, jos hoito on asuinmaassa tunnustettu hoitomuoto eikä potilaalle ole voitu antaa hoitoa asuinmaassaan siinä ajassa kuin on tavallisesti välttämätöntä ottaen huomioon hänen sen hetkinen terveydentilansa ja todennäköinen taudinkulku. Arviointi tarvitta-

vasta hoidosta ja hoidon välttämättömyydestä tapahtuu lääketieteellisin perustein. Arvion tekee lääkäri.

EY-tuomioistuin on viime vuosina antanut useita ratkaisuja tapauksissa, joissa sairaanhoitopalveluita on hankittu toisesta jäsenvaltiosta. Tapauksissa on ollut osin kysymys perustamissopimuksen artiklojen tulkinnasta ja toisaalta EY:n sosiaaliturva-asetuksen 1408/71 artikloista.

Keväällä 1998 annetut ratkaisut Decker (C-120/95) ja Kohll (C-158/96) ovat herättäneet runsaasti keskustelua eri jäsenmaissa. Tapauksissa oli kysymys korvauksen saamisesta Luxemburgin sairausvakuutusjärjestelmästä, kun silmälasit ja hampaiden oikomishoito oli hankittu toisesta jäsenvaltiosta. Tuomioistuin katsoi, että korvauksen epääminen olisi ollut perustamissopimuksen palvelujen vapaan tarjonnan ja tavaroiden vapaan liikkuvuuden vastaista. Julkisasiainmies totesi lausunnossaan, että jäsenvaltioilla on perustamissopimuksen mukaan mahdollisuus rajoittaa sairaanhoito- ja sairaalapalvelujen tarjoamisen vapautta, silloin kun tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen tietyssä jäsenvaltiossa on välttämätöntä kansanterveydellisistä syistä tai paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta.

Belgialainen tuomioistuin pyysi ennakkoratkaisua sosiaaliturva-asetuksen 1408/71 sekä palvelujen vapaan liikkuvuuden periaatteen tulkinnasta (Vanbraekel C-368/98). Tapauksessa Belgiassa vakuutettu henkilö oli ollut leikkauksessa Ranskassa ilman, että hänelle oli myönnetty sosiaaliturva-asetuksen 22 artiklan mukaista ennakkolupaa hoitoon hakeutumiseen. Kansallinen tuomioistuin katsoi asiantuntijalääkärin lausunnon perusteella, että lupa olisi tullut myöntää. EY-tuomioistuimelle esitetty kysymys koski sen vuoksi ainoastaan kustannusten korvaamista; onko sairaalahoidosta aiheutuneet kulut korvattava hoitoa antaneen vai toimivaltaisen valtion (asuinvaltion) lainsäädännön mukaan.

Ratkaisussaan tuomioistuin totesi, että ennakkoluvan myöntäminen ei ollut asiassa kiistanalainen ja ratkaisu keskittyy siihen, minkä maan lainsäädännön suuruisena korvaus on maksettava ja onko toimivaltaisen valtion maksettava lisäkorvausta. Tuomioistuin totesi muun muassa perustamissopimuksen 49 artiklan soveltamisesta seuraavaa: artiklaa on tulkittava siten, että vaikka oleskeluvaltiossa annetuista sairaalapalveluista aiheutuvien kulujen korvaus, joka perustuu kyseisessä valtiossa voimassa olevien säännösten soveltamiseen, on pienempi kuin se korvaus, joka siinä jäsenvaltiossa, jossa potilas on vakuutettu, maksettaisiin siellä voimassa olevan lainsäädännön mukaan sen alueella annetusta sairaalahoidosta, toimivaltaisen laitoksen on myönnettävä vakuutetulle tätä erotusta vastaava lisäkorvaus.

Geraets-Smits & Peerbooms (C-157/99) tapauksista ensimmäisessä alankomaalainen potilas halusi saada hoitoa Parkinsonin tautiin Saksassa. Lupa evättiin sillä perusteella, että Alankomaissa oli saatavissa riittävää ja asianmukaista hoitoa ja että saksalaisessa hoitolaitoksessa annettavan hoidon ei katsottu olevan tavanomaista. Toisessa tapauksessa oli kysymys koomassa olleen potilaan hoidosta Itävaltalaisessa sairaalassa. Lupa evättiin, koska haluttu hoitomuoto oli vasta kokeilukäytössä eikä kysymys näin ollen ollut tavanomaisesta hoidosta.

Alankomaalaisen tuomioistuimen kysymys koski ensinnäkin sitä, onko ennakkoluvan vaatiminen yhteisön perustamissopimuksen palvelujen vapaan tarjonnan periaatteen vastaista (Decker/Kohll). Lisäksi kysymys oli muun muassa hoidon tavanomaisuuden merkityksestä em. lainsäädännössä (asetuksen 1408/71 22 artiklan soveltaminen). Ratkaisussaan tuomioistuin käsitteli sairaalahoidon ja palveluiden suhdetta (kuten myös Vanbraekel tapauksessa). Tuomioistuin totesi vakiintuneeseen oikeuskäytäntöön viitaten, että sairaanhoitopalvelut kuuluvat palvelujen tarjoamisen vapauden soveltamis-

alaan, eikä ole syytä tehdä eroa sen mukaan, onko kysymyksessä sairaalassa tai sen ulkopuolella annettava hoito. Tuomioistuin totesi, että ennakkoluvan vaatiminen ei ole Alankomaiden kaltaisessa järjestelmässä yhteisön oikeuden vastaista. Tuomioistuin asetti kuitenkin tiettyjä edellytyksiä luvan vaatimiselle.

Luvan myöntämisedellytysten on oltava *perusteltuja pakottavien syiden vuoksi* (Kohl -tapauksessa luetellut: sosiaaliturvajärjestelmän taloudellisen tasapainon vakava järkkäminen, riittävän monipuolisten ja kaikkien saatavilla olevien sairaanhoito- ja sairaalapalvelujen turvaaminen, tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen kansanterveydellisistä syistä tai paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta) ja niiden on *täytettävä suhteellisuuden vaatimukset* (sääntelyllä ei saa ylittää sitä, mikä on objektiivisesti tarpeen tätä varten ja että tavoitetta ei olisi voitu saavuttaa vähemmän rajoittavilla säännöillä).

Lisäksi tuomioistuin edellyttää, että jos luvan myöntämisen edellytyksenä on, että hoitoa voidaan pitää ammattikunnassa vallitsevien käsitysten mukaan tavanomaisena, lupa voidaan evätä tällä perusteella ainoastaan, jos kysymyksessä olevaa hoitoa on tutkittu riittävästi ja todettu päteväksi *kansainvälisessä lääketieteessä*. Käytännössä siis yhden valtion ammattikunnan käsitys jonkin hoidon tavanomaisuudesta ei ole ratkaiseva, vaan ratkaisun tulee perustua kansainväliseen lääketieteeseen.

Edelleen tuomioistuin katsoi, että lupa saadaan evätä sillä perusteella, ettei hoidolle ole lääketieteellistä tarvetta, ainoastaan, jos potilas voi saada *ajoissa samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa* sellaisessa laitoksessa, joka on tehnyt sopimuksen sen sairausvakuutuskassan kanssa, johon vakuutettu kuuluu.

Müller-Fauré & van Riet (C-385/99) tapaukset ovat alankomaalaisia ja koskevat ennakkoluvan vaatimisen yhdenmukaisuutta perustamissopimuksen kanssa. Lisäksi kansallinen tuomioistuin kysyi, onko sillä merkitystä, että hoito suoritetaan kokonaan tai osittain laitoshoidona. Ensimmäisessä tapauksessa kysymys oli hammashoidosta ja toisessa osittain laitoshoidona ja osittain avohoidona saadusta niveltähystyksestä. Geeraets-Smits/Peerbooms tapauksen ratkaisun jälkeen asian suullisessa käsittelyssä keskityttiin mm. siihen kysymykseen, mitä hoidon saaminen "ajoissa" tarkoittaa. Tuomioistuin katsoi, ettei palvelujen tarjoamisen vastaista ole edellyttää ennakkolupaa sairaalahoidosta, joka on saatu jossakin muussa vakuutetun sairausvakuutuskassan jäsenvaltiossa olevalta hoitopalvelujen tarjoajalta, jonka kanssa vakuutetun sairausvakuutuskassa ei ollut tehnyt sopimusta eikä myöskään se, että luvan myöntäminen edellyttää, että se on ollut vakuutetun hoidon kannalta tarpeen. Ennakkolupa voidaan tuomion mukaan kuitenkin tällä perusteella evätä ainoastaan, jos potilas voi saada ajoissa samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa sellaisessa laitoksessa, jonka kanssa vakuutetun sairausvakuutuskassa on tehnyt sopimuksen. Laitoshoidon ulkopuolisen hoidon osalta tuomioistuin sen sijaan katsoi, että sitä oli pidettävä palvelujen tarjoamisen periaatteen vastaisena silloinkin kun tällä kansallisella lainsäädännöllä on otettu käyttöön luontoisetuusjärjestelmä, jonka nojalla vakuutetuilla ei ole oikeutta korvaukseen heille aiheutuneista sairaanhoitokuluista vaan oikeus ilmaiseksi annettavaan hoitoon.

Kysymyksessä oli kreikkalainen eläkeläinen, joka tilapäisesti Saksassa oleskellessaan tutkittiin ja sai hoitoa sydänvaivojen vuoksi. Kreikan sairauskassa kieltäytyi korvaamasta sairaalahoitoa muun muassa koska potilaan tauti katsottiin krooniseksi eikä tämän terveydentila ollut huonontunut äkillisesti. Kreikan viranomaiset katsoivat, että potilaan sairaalahoito Saksassa oli ollut suunniteltua. Kansallinen tuomioistuin kysyi kansallisten sairaanhoidon korvaamista koskevien säännösten yhteensopivuutta EY:n perustamissopimuksen kanssa. Ennakkoratkaisua pyydettiin myös kansallisten säännös-

ten yhteensopivuudesta ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehdyn Euroopan yleissopimukseen liitetyn lisäpöytäkirjan kanssa.

Patricia Inizan (C-56/01) tapauksessa ranskalainen Inizan sai psykosomaattista kivunlievityshoitoa Saksassa. Vastaavanlaisista luontaishoidoista ja vaihtoehtoiseen lääketieteeseen perustuvista hoidoista aiheutuneet kulut korvataan Saksassa kansallisesta sairausvakuutusjärjestelmästä sekä yksityisten vakuutusten perusteella. Potilas katsoi, että hän ei voinut saada terveydentilansa edellyttämää asianmukaista hoitoa Ranskassa. Ranskalainen asiantuntijalääkäri ei puoltanut korvauksen maksamista, koska kysymyksessä olevaa hoitoa oli laajalti ja monipuolisesti tarjolla ilman, että potilaan tarvitsi joutua odottamaan pitkiä aikoja. Kansallinen tuomioistuin kysyi ennakkoratkaisupyynnössään sosiaaliturva-asetuksen 1408/71 22 artiklan yhteensopivuutta EY:n perustamissopimuksen palvelujen vapaata liikkuvuutta koskevien artiklojen 59 ja 60 kanssa. Tapausta ei ole vielä ratkaistu EY-tuomioistuimessa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

4 § Pääsy hoitoon

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta ja jos se muuttuu, hänelle on ilmoitettava muutoksen syy. Potilas voi halutessaan saada hoidon tarpeestaan lääkärin tai hammaslääkärin arvion. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa.

Hoitoyksikön tiedot hoitoon pääsystä ja odotusajoista ovat julkisia.

Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle.....(säilyy muuttumattomana)

Perustelut

Hoitoon pääsyn turvaamiseksi ja palvelujen nykyistä yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi ehdotetaan hoitoon pääsyä koskevan säännöksen muuttamista. Kansanterveyslain 14 §:n ja erikoissairaanhoitolain 10 §:n muutosten myötä täsmennetään kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvelvollisuutta. Potilaslain muutos tarkoittaa sitä, että järjestämisvelvollisuuden täsmentämisen myötä potilaan pitäisi saada tietää milloin hän pääsee hoitoon eikä häntä enää voitaisi laittaa odottamaan hoitoon pääsyä epämääräiseksi ajaksi. Kun hoitoon pääsyn ajankohta voitaisiin ilmoittaa, siten saataisiin myös selville täytyykö hoitoa potilaalle mahdollisesti hankkia muilta palveluntuottajilta.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslain) 3 § edellyttää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää saada hänen terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Säännöksessä on kysymys toisaalta oikeudesta terveydentilan vaatimaan ja toisaalta sen rajaamaan hoitoon, jonka toteutuminen riippuu terveydenhuollon kulloisistakin voimavaroista. Julkisen terveydenhuollon osalta oikeuden toteutusta määrittävät terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisvelvollisuutta koskevat säännökset kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 3 § velvoittaa kunnat osoittamaan voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Kansanterveyslain 14 §:n muutoksella edistetään terveydenhuollon ammattihenkilöiden mahdollisuutta tehdä hoidon tarpeen arviointi, mutta potilas saisi halutessaan hoidon tarpeestaan lääkärin tai hammaslääkärin arvion. Hoidon tarpeen määrittelee lääkäri tai hammaslääkäri, joka päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta (terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki, 559/1994, 22 §). Ammattihenkilöistä annettua lakia ei ole tässä yhteydessä tarkoitus muuttaa. Potilaan terveydentilasta johtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin.

Julkisuuslain (621/1999) kokonaisuudistus tuli voimaan 1 päivänä joulukuuta 1999. Julkisuuslain 20 §:ään otettiin säännökset viranomaisen velvollisuudesta tuottaa ja jakaa tietoa. Viranomaisen on edistettävä toimintansa avoimuutta ja tässä tarkoituksessa tarvittaessa laadittava tilastoja ja tietoaaineistoja palveluistaan. Viranomaisen on tiedotettava toiminnastaan ja palveluistaan toimialaansa liittyvissä asioissa. Säännökset koskevat myös yksityistä palveluntuottajaa, kun se hoitaa julkista tehtävää. On tarkoituksenmukaista, että ehdotettu 2 momentti koskisi myös yksityisen terveydenhuollon toimintaa.

4 a § Tutkimus-, hoito- tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon eteneminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

Perusteluihin:

Terveydenhuollossa ollaan siirtymässä organisaatiokeskeisestä toimintatavasta kokonaisvaltaisiin potilaan hoito- ja palveluketjuihin, jolloin hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia varten tulisi laatia tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulisi ilmetä potilaan hoidon eteneminen ja toteuttamisaikataulu. Säännöksellä on haluttu korostaa sitä, että suunnitelmassa voitaisiin yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sopia siitä, mihin toiminnan aikana pyritään ja kuinka tavoitteen saavuttamiseksi edetään. Suunnitelma sisältäisi arvioinnin potilaan hoidon tarpeesta, suunnittelun hoidon ja sen toteuttamisen aikataulun ja tavoitteet. Suunnitelma perustuisi potilaan esitiedoista ja tutkimusten perusteella tehtyyn taudinmäärittämiseen, potilaan oireisiin ja käytettävissä oleviin voimavaroihin. Suunnitelmaa tarkistettaisiin hoidon kuluessa ja se riippuisi potilaan hoitovasteesta. Suunnitelmaa voitaisiin toiminnan edistyessä muuttaa joustavasti potilaan tarpeiden tai olosuhteiden muutoin muuttuessa. Myös potilaslain 12 §:ssä todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot.

Suunnitelma olisi erityisen tarpeellinen tilanteissa, joissa potilas tarvitsee erilaisia palveluja sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa. Kuntien järjestämisvastuulla on paljon peruspalveluja, joiden järjestäminen perustuu pääasiallisesti sosiaalialan lainsäädäntöön, mutta palvelujen sisältö on sellainen, että osalla palvelukokonaisuuden toteuttajista tai vastuuhenkilöistä on oltava terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeus.

Tällainen yhteistyösuunnitelma edellyttäisi usein myös useamman asiantuntijan mukanaoloa, jolloin asiantuntijaryhmään voisi kuulua muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintayksiköiden henkilöstöä. Suunnitelman tekeminen yhdessä eri asiantuntijoista koostuvassa ryhmässä säästäisi pitkällä aikavälillä sekä aikaa että kustannuksia. Näin voitaisiin myös turvata, ettei sosiaalipalvelujen piirissä oleva henkilö jäisi terveydenhuollon palvelukatveeseen. Yhteistyön ja vuorovaikutuksen avulla potilaalle ja henkilöstölle muodostuisi eheämpi kuva potilaan kokonaistilanteesta ja siitä, mitkä vaihtoehdot parhaiten tulisivat kysymykseen ja soveltuisivat potilaalle/asiakkaalle. Moniammatillinen yhteistyö edistäisi myös voimavarojen oikeaa kohdentamista. Tavoitteena olisi, että potilas/asiakas saisi monipuolisen, suunnitelmallisen palvelukokonaisuuden useiden rinnakkaisten erillisten palvelujen sijasta.

Luonteeltaan potilaalle laadittava tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma ei ole sellainen asiakirja, johon potilaalle syntyisi oikeus vaatia suunnitelmaan sisältyviä palveluja. Kyse olisi selkeästi hoidon toiminnallisesta suunnittelemisesta ja etenemisestä. Se ei myöskään olisi hallintopäätös, jonka perusteella voisi erikseen hakea muutosta. Kuitenkin on huomattava, että perustuslain mukaan henkilölle on järjestettävä riittävät terveystalvelut yksilöllisesti tehdyn hoidon

tarpeen arvioinnin mukaisesti. Hoidon tarpeen arvioinnin on perustuttava lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Potilaiden etusijajärjestykseen asettaminen perustuisi potilaalle yksilöllisesti tehtyyn hoidon tarpeen arviointiin.

Suunnitelma tulisi laatia potilaslain 6 §:n säännöksen mukaisesti yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaslain itsemääräämisoikeutta koskevia säännöksiä ollaan parhaillaan uudistamassa erillisellä hallituksen esityksellä (annettaneen keväätistuntokaudella 2004). Jos kuitenkin potilas ei itse voisi osallistua suunnitelman laatimiseen, tulisi hänen laillinen edustajansa hänen tilalleen.

Suunnitelma tulisi laatia myös yksityistä terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa. Yksityisessä terveydenhuollossa suunnitelma olisi osa potilaan ja palveluntuottajan tekemää sopimusta.

Säännöksen mukaan suunnitelma laadittaisiin tarvittaessa. Suunnitelmaa ei tarvitsi laatia esimerkiksi, jos on kyseessä tilapäinen neuvonta tai ohjaus tai jos suunnitelman laatiminen muutoin olisi ilmeisen tarpeetonta.

Uusi asetus**VALTIONEUVOSTON ASETUS HOITOON PÄÄSYSTÄ***1 § Hoidon tarpeen arviointi*

Henkilöllä on oikeus saada välittömästi yhteys terveyskeskukseen. Terveyskeskuksessa hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä vastaanottokäynnin lisäksi myös puhelimitse tai sähköisesti tapahtuvassa yhteydenotossa. Potilas voi halutessaan saada hoidon tarpeestaan lääkärin tai hammaslääkärin arvio.

Yhteydenoton perusteella arvioidaan hoidon ja kuntoutuksen tarve ja laaditaan tarvittaessa tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu suunnitelma. Suunnitelmaan sisältyvät toimenpiteet tulee tehdä hoidon tarpeen mukaisessa ajassa. Yhteydenotosta tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin.

2 § Hoidon järjestämisen enimmäisajat lasten- ja nuorten mielenterveyspalveluissa

Lasten- ja nuorten mielenterveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on kuitenkin järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa yhteydenotosta, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

3 § Alueellinen yhteistyö

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on käsiteltävä yhdessä terveydenhuollon toiminnallista kokonaisuutta ja palvelujen yhteensovittamista. Terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisen lisäksi myös sosiaalihuollon palvelut on sovittettava toiminnalliseen kokonaisuuteen. Myös lääninhallitus sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja antavat yksityiset yhteisöt ja palveluntuottajat voivat osallistua terveydenhuollon toiminnallisen kokonaisuuden käsittelyyn.

Suunnitelma tulee hyväksyä vuosittain ja sen laatimisen yhteydessä on hyväksyttävä myös suunnitelma kolmeksi tai useammaksi vuodeksi (suunnittelukausi).

4 § Enimmäisaikojen ylittyminen

Jos kunta tai kuntayhtymä ei voi järjestää hoitoa säädettyissä enimmäisajoissa, sen on viivytyksettä järjestettävä potilas saamaan hoitoa muilta palveluntuottajilta ja järjestettävä palvelut asiakasmaksun muuttumatta valtiolta, toisesta sairaanhoitopiiristä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta tai ulkomailta, ottaen huomioon potilaan terveydentila ja todennäköinen taudin eteneminen. Kunnan tai kuntayhtymän on etukäteen tehtävä suunnitelma hoidon järjestämisestä, kun enimmäisajat ovat ylittymässä.

Muutokset kansanterveyslakiin

Voimassa oleva laki

Ehdotus

14 § (uusi 2 momentti)

*Sairaanhoidon palveluja järjestäessään kunnan tulee järjestää välitön yhteyden-
saanti terveyskeskukseen ja terveydenhuol-
lon ammattihenkilön tekemä hoidon tar-
peen arviointi viimeistään kolmantena ar-
kipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden
terveyskeskukseen.*

(uusi) 3 momentti.

*Lääketieteellisesti tai hammaslääketie-
teellisesti perusteltu hoito tulee järjestää
kohtuullisessa ajassa, enintään kolmes-
sa kuukaudessa kuitenkin viimeistään
kuudessa kuukaudessa. Hoitoa järjestet-
täessä otetaan huomioon henkilön sen-
hetkinen terveydentila ja todennäköinen
taudinkulku. Jos hoitoa ei voida antaa
säädettyissä enimmäisajoissa, kunnan tai
kuntayhtymän on järjestettävä hoito
hankkimalla se muilta palveluntuottajil-
ta potilaalle aiheutuvan asiakasmaksun
muuttumatta.*

Nykyiset 2-5 momenteista tulee 4 – 7
momentteja; siirtyneessä 6 momentissa
muutetaan viittaus 5 momenttiin (nykyi-
sin 4 momentissa viittaus 3 momenttiin).

49 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa säännöksiä myös siitä, mitkä ovat tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajat mielenterveyspalveluis-
sa. Valtioneuvoston asetuksella säädetään terveyskeskuksessa 14 §:n 2 momentissa tarkoitettujen oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

49 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi *tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsyn periaatteista voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella.* Valtioneuvoston asetuksella säädetään terveyskeskuksessa 14 §:n 2 momentissa tarkoitettujen oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Muutokset erikoissairaanhoitolakiin (3 luku sairaanhoitopiirin tehtävät)

Voimassa oleva laki

10 §

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tehtävänä on järjestää tässä laissa säädetty erikoissairaanhoito alueellaan.

Ehdotus

10 §

Sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tehtävänä on järjestää tässä laissa säädetty erikoissairaanhoito alueellaan. *Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on vastuussa sen erikoissairaanhoitoon lähetetyn potilaan hoidon tarpeen arvioinnista yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin sekä potilaan hoidon järjestämisestä.*

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaalaan taikka muuhun erikoissairaanhoitoon tai tähän verrattavaan toimintayksikköön. Erikoissairaanhoidossa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, enintään kolmen kuukauden kuluessa, kuitenkin viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellyttä. Jos hoitoa ei voida antaa säädettyissä enimmäisajoissa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta potilaalle aiheutuvan asiakasmaksun muuttumatta.

(2 mom)

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalilautakuntien kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

— — — — —

(3 mom)

Sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien *sosiaalitoimen* kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää. *Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on laadittava alueellisesta yhteistyöstä ja työnjaosta ja sen toteuttamisesta suunnitelma siten, että palvelut voivat yhdistyä asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja.*

13 luku. Erinäisiä säännöksiä

Voimassa oleva laki

59 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveyshuollon tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa säännöksiä myös siitä, mitkä ovat tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajat mielenterveyspalveluissa. Valtioneuvoston asetuksella säädetään sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Ehdotus

59 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveyshuollon tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi *tarkempia* säännöksiä tutkimukseen ja hoitoon *pääsystä erikoissairaanhoidossa voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.* Valtioneuvoston asetuksella säädetään sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

59 a § (uusi)

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi järjestää hoitoa Suomessa, sen on pyynnöstä annettava potilaalle ennakkolupa hakeutua hoitoon asiakasmaksun muuttumatta Euroopan talousalueen jäsenmaihin. Ennakkolupa on myönnettävä, jos kyseinen hoito on Suomessa tunnustettu hoitomuoto ja jos asianomaiselle ei voida antaa tällaista hoitoa kansanterveyslaissa (66/1972) tai tässä laissa säädetyissä enimmäisajoissa, kun otetaan huomioon asianomaisen senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku. Muutoksenhausta ennakkoluvan osalta on voimassa, mitä hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Voimassa oleva laki

4 §

Pääsy hoitoon

Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto.

Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle henkilölle annettavasta avusta ja hoitoon ottamisesta on voimassa, mitä niistä kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohdassa, erikoissairaanhoidon 30 §:n 2 momentissa ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 §:ssä säädetään.

Ehdotus

4 §

Pääsy hoitoon

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta ja jos se muuttuu, hänelle on ilmoitettava muutoksen syy. Potilas voi halutessaan saada hoidon tarpeestaan lääkärin tai hammaslääkärin arvion. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa.

Hoitoyksikön tiedot hoitoon pääsystä ja odotusajoista ovat julkisia.

Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle
.....(säilyy muuttumattomana)

4 a § (uusi)

Tutkimus-, hoito- tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon eteneminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

7 Kiitokset

Blom Marja, Stakes
Halila Ritva, ETENE
Heinonen Tuuli, Kela
Hetemaa Tiina, Stakes
Ilveskivi Paula, Helsingin yliopisto
Immonen Susan
Järvelin Jutta, Stakes
Kaivola Juhani, Potilasvahinkolautakunta
Keränen Ulla, HUS
Keskimäki Ilmo, Stakes
Lauharanta Jorma, HUS
Lehtola Aarno, HUS
Liljeström Marita, KHO
Lindqvist Martti, ETENE
Lillrank Paul, Teknillinen korkeakoulu
Murray Mark
Mäki-Torkko Elina
Niemi Marja, Stakes
Perhoniemi Vesa, HUS
Rintanen Hannu, Stakes
Sorri Martti, OYS
Telakivi Tiina, Kela
Tuori Kaarlo, Helsingin yliopisto
Vuorenkoski Lauri, Stakes

Suun terveydenhuollon asiantuntijaryhmä:

Kehittämispäällikkö Anne Nordblad, STM (puh.joht.)
Erityisasiantuntija Sinikka Huhtala, Suomen Kuntaliitto
Ylihammaslääkäri Helena Kovari, Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymä
Ylihammaslääkäri Sakari Kärkkäinen, Oulun kaupunki
Puheenjohtaja Liisa Luukkonen, Suomen Hammaslääkäriliitto
Puheenjohtaja, ylihammaslääkäri Tuomo Meriläinen, terveyskeskushammaslääkäriyhdistys
Hallitusneuvos Marja-Liisa Partanen, STM
Ylihammaslääkäri Eeva Torppa-Saarinen, Tampereen kaupunki
Puheenjohtaja Kirsti Tuominen, Suun Terveysterveystieteiden ammattiliitto ry
Projektikoordinaattori Sinikka Varsio, Stakes (siht.)
Sihteeri, ylihammaslääkäri Annukka Vuorinen, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia
Terveysjohtaja Kirsti Wuolijoki-Saaristo, Helsingin kaupunki

8 Liitteet

Työryhmän asettamispäätös

Western Canadian Waiting List Project, yleiskirurgian lomake

Esimerkkejä valtakunnallisiksi hoidon aiheiksi

**Hoidon aiheita koskevien valtakunnallisten suositusten laadinta
ennakolta suunnitellulle hoidolle erikoissairaanhoidossa**

Hoitoon pääsyä tukeva tietohuoltostrategia

Yhteenveto potilasjärjestöjen kuulemisesta

Kirjallisuuskatsauksen tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö
Terveysosasto

ASETTAMISPÄÄTÖS

STM091:00/2002

25.7.2002

Hoitoon pääsyn ja jononhallinnan toteuttamisohjeita valmisteleva työryhmä

Asettaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on tänään tekemällään päätöksellä asettanut työryhmän valmistelemaan ehdotusta hoitoon pääsyn ja jononhallinnan perusteita koskeviksi säädöksiksi ja ohjeiksi.

Toimikausi

1.8.2002 - 31.12.2003

Tausta

Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta 11.4.2002 annetun valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeet vuoden 2003 loppuun mennessä.

Tarvittavien säädösmuutosten tulee olla valmiina vuoteen 2005 mennessä.

Tavoitteet

Tavoitteena on turvata jokaiselle hänen terveydentilansa edellyttämät ja riittävät terveyspalvelut kohtuullisessa ajassa asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Tasapuolisen hoitoon pääsyn turvaaminen edellyttää, että käytössä on valtakunnallisesti hyväksytyt hoitoon pääsyn perusteet.

Tehtävä

Työryhmän tehtävänä on laatia ehdotukset

- 1) hoitoon pääsyä koskevista yleisistä periaatteista;
- 2) hoidon tarpeen arviointijärjestelmän perusteista;
- 3) jononhallinnan periaatteista sekä
- 4) tarvittavista säädösmuutoksista.

Valmistelun tulee perustua seuraaviin lähtökohtiin:

- 1) pääsy terveydentilan ensiarvion mahdollistuu kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta;
 - 2) pääsy erikoissairaanhoidon polikliniseen arvioon mahdollistuu kolmen viikon kuluessa lähettämisestä ja
 - 3) pääsy lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon turvataan kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa.
-

Organisointi

Puheenjohtaja Mats Brommels, terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professori, Helsingin yliopisto

Jäsenet:

Päivi Hämäläinen, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
Päivi Kaukonen, ylilääkäri, Tampereen yliopistollinen sairaala
Sirkka Kukkola, johtava ylihoitaja, Riihimäen terveyskeskus
Mikko Nenonen, ylilääkäri, Reumasäätiön sairaala
Marja-Liisa Partanen, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
Seppo Seitsalo, johtava ylilääkäri, Sairaala Orton
Markku Sirviö, johtava ylilääkäri, Vaasan terveyskeskus
Matti Talja, hallintoylilääkäri, Suomen Kuntaliitto
Arja Tuokko, johtava ylihoitaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Antti Turunen, ylilääkäri, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri
Anja Tuulonen, professori, Oulun yliopisto

Sihteerit:

Kati Myllymäki, ylilääkäri, sosiaali- ja terveysministeriö
Riitta-Maija Jouttimäki, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

Asiantuntijat:

Jouko Isolauri, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
Maija Sakslin, vastaava tutkija, Kansaneläkelaitos
Olli Nylander Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen nimeämä tilasto- ja rekisteröintiasiantuntija.

Työryhmän tulee työnsä aikana kuulla tarpeellisessa määrin terveydenhuollon asiantuntijoita sekä potilasjärjestöjen edustajia.

Kustannukset ja rahoitus

Työryhmän ja sihteereiden tulee työskennellä virka-aikana ilman eri korvausta. Työryhmän menot maksetaan valtion talousarvion momentilta 33.01.63.

Peruspalveluministeri

Eva Biaudet

Lakimies

Päivi Kaartamo

LIITTEET

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi

JAKELU

Päätöksessä mainitut

TIEDOKSI

Sosiaali- ja terveysministeri Perho
Erityisavustaja Hiitiö
Kansliapäällikkö Lehto
Suomen Kuntaliitto
Kansaneläkelaitos
Helsingin yliopisto
Oulun yliopisto
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Tampereen yliopistollinen sairaala
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri
Riihimäen terveyskeskus
Vaasan terveyskeskus
Reumasäätiön sairaala
Sairaala Orton
STM/TRO
STM/TAO
STM/Kirjaamo
STM/Hare
STM/Viestintä

Liite 2



GENERAL SURGERY PRIORITY CRITERIA TOOL

PLEASE PRINT CLEARLY

Provincial Health Care Number: _____

Patient Name: _____

Patient Age: _____ Sex: [circle one] **M** **F**

Principal Diagnosis: 1. _____ Check if applicable:
 2. _____ Cancer proven ☐
 3. _____ Cancer suspected ☐

Proposed Procedure: 1. _____
 2. _____

Proposed Date of Surgery: _____

Surgeon's Name: _____ Phone: _____

Date: _____

Please check the box that most accurately describes the patient's current situation

1. Usual frequency of painful episodes/suffering:

- ☐ None (0)
☐ Occasional (3)
☐ Often (6)
☐ Constant (9)

2. How intense is the pain at its worst?

- ☐ No pain (0)
☐ Mild (3)
☐ Moderate (7)
☐ Severe (11)

3. Usual intensity of other forms of suffering. Please specify form of suffering – circle all that apply:

Nausea or vomiting

Itching

Fatigue

Psychological stress such as anxiety or depression

List others: _____

- ☐ None (0)
☐ Mild (4)
☐ Moderate (8)
☐ Severe (12)

Revised April 2003

www.wcwl.org

4. Degree of impairment in usual activities due to surgical condition:

- ☐ Not impaired at all/mildly impaired (0)
- ☐ Able but difficult and/or somewhat impaired (5)
- ☐ Able but very difficult and at much reduced level (10)
- ☐ Totally dependent (Unable to perform any usual activities) (15)

**5. Recent history of: Major complications of condition
OR significant physical exam results
OR significant test results.**

- ☐ No (0)
- ☐ Yes (8)

6. Life-expectancy implications of condition without surgery:

- ☐ Minimal threat to life (0)
- ☐ Patient faces somewhat reduced life expectancy (10)
- ☐ Patient faces substantially reduced life expectancy (15)
- ☐ Patient has condition that is likely to be fatal between six months and two years (20)
- ☐ Patient has condition that is likely to be fatal within six months (25)

7. Expected improvement in life-expectancy with surgery:

- ☐ None (0)
- ☐ Minimal (5)
- ☐ Moderate (10)
- ☐ Major (20)

8. All things considered, how would you rate the urgency or relative priority of this patient?

(Draw a line across the scale.)

Not Urgent at all

Extremely Urgent
(just short of an emergency)

Liite 3

Esimerkkejä valtakunnallisiksi hoidon aiheiksi

Sairaanhoitopiirit ovat joidenkin elektiivisten hoitojen osalta asettaneet hoitokriteereitä. Pisimmällä ollaan HUS-piirissä, missä systemaattista työtä on tehty erityisesti kirurgian alalla. Työryhmän esitys harmaakaihin sekä lonkan ja polven tekonivelleikkausten aiheiksi on liitteessä. Lisäksi ohessa on HUS hoitoidindikaatiotyön tuloksena fundoplikaatioleikkausta, hallux valgus -leikkausta, nivustyräleikkausta, sappirakonpoistoleikkausta, suonikohjuleikkausta, kivespussin nestekertymää sekä eturauhasen liikakasvua sekä klaudikaation hoitoa koskevat ehdotukset hoitoidindikaatioiksi. Nämä ovat työryhmätyön tuloksia, joita ei ole käytännössä vielä testattu. Jatkotyöskentelynä työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitopiirit muovaavat ehdotuksia tai mikäli ovat niihin sellaisenaan tyytyväisiä testaavat niitä vuoden 2004 aikana ja valmistautuvat näin vuoden 2005 tilanteeseen.

HARMAAKAIHILEIKKAUKSEN AIHEET

1. Paremman silmän näöntarkkuus on 0,5 tai huonompi (parhaalla lasikorjauksella)
 2. Päivittäiset toiminnot ovat kaihin vuoksi merkittävästi heikentyneet
 3. Ensimmäisen silmän kaihileikkauksen jälkeen on syntynyt potilasta haittaava anisometropia (vähintään 2 D)
 4. On muu kaihin aiheuttama oleellinen haitta
-

LONKAN JA POLVEN PRIMAARIT TEKONIVELLEIKKAUKSET

Hoidonvaraukseen asettamisen kriteerit - pisteytysjärjestelmä:

Ryhmä I: a' 30 pistettä

- 1) nopeasti etenevä destruktio (primaarileikkaus)
tai vaikea komponentin migraatio (revisioleikkaus)
- 2) murtumavaara
- 3) nopeasti etenevä deformiteetti
- 4)** pyörätuolissa leikattavan nivelen takia
- 5)** vaikea kipu ja särkylääkehaitat
- 6)** odottaa laitoksessa leikattavan nivelen takia

Ryhmä II: a' 20 pistettä

- 1) kehittymässä oleva osteolyysi tai luunekroosi
- 2)** liikkuminen vain sisätiloissa, sauvat tai kävelytuki käytössä
- 3) säännöllinen kotiapu nivelen takia

Ryhmä III a' 10 pistettä

- 1) sairauslomalla, työkyky palautettavissa
- 2) yksin asuva
- 3)** kohtalainen liikuntarajoite (kävelymatka <500m)
- 4)** kivun takia säännöllinen särkylääkkeiden tarve

Ryhmä IV a' 5 pistettä

- 1) hyvä luun laatu (bone stock)
- 2)** kipuhaitta lievä
- 3)** sairauslomajaksoja leikattavan nivelen takia
- 4)** laitoshoidossa pysyvästi (ei pelkästään nivelen takia)

Lihavoidut kohdat voidaan päivittää puhelimitse potilaan antamien tietojen perusteella

Leikkaushoito aiheellinen, kun pisteitä 20 tai enemmän.

Ohjeet kroonisen laskimovian toimenpideindikaation määrittämiskaavakkeen täyttämiseksi (kaavake sivulla 163):

Potilaan tutkiva kirurgi täyttää kaavakkeen vastaanoton yhteydessä:

Kliiniset oireet ja löydökset

- kukin listattu oire tai löydös luokitellaan vaikeusasteen mukaan asteikolla 0-3 kummankin alaraajan kohdalta
- taulukon pisteet lasketaan yhteen (erikseen vasen ja oikea alaraaja)

Pintalaskimoiden takaisinvirtaus (doppler/duplex)

- mittaustulokset asteikolla 0-3 jokaisen laskimon kohdalta, kumpikin alaraaja erikseen
- taulukon pisteet lasketaan yhteen (erikseen vasen ja oikea alaraaja)

Kliininen haitta-aste

- luokitus 0-III, rengastetaan oikean vaihtoehdon pistemäärä

Tutkijan arvio refluksin korrelaatiosta oireisiin

- rengastetaan oikea vaihtoehto erikseen kummastakin alaraajasta

Tutkijan arvio saatavissa olevasta leikkaushyödyestä

- rengastetaan oikea vaihtoehto erikseen kummastakin alaraajasta

Lopuksi lasketaan pisteet yhteen erikseen kummankin alaraajan kohdalta.

Raajakohtainen maksimipistemäärä on 110 pistettä.

Leikkaushoitoon hyväksyttäväksi esitetään vähintään 31 pistettä/raaja, jolloin edellytyksenä on vähintään kohtalainen takaisinvirtaus jossakin laskimossa sekä vähintään kohtalainen korrelaatio oireiden ja löydösten välillä sekä vähintään kohtalaiseksi arvioitu hyöty leikkaustoimenpiteestä.

Kaavakkeen täyttäminen saattaa aluksi tuntua vaikealta ja työläältä, mutta se lisää laskimokirurgista tieto-taitoa ja ohjaa ja opettaa käyttäjäänsä laskimokirurgian hintalaatu suhteen parantamiseksi.

ALARAAJOJEN LASKIMOTILANTEEN ARVIOINTILOMAKE

| | | | |
|----------|-------------------------------------|-----|---------------------------------|
| Nimi | KROONINEN LASKIMOVIKA | | |
| Sotu | TOIMENPIDEINDIKAATION MÄÄRITTÄMINEN | | |
| Sairaala | Täyttöpvm / täyttäjä | Ikä | Paino Pituus |
| Työ | | BMI | (paino / (pituus m x pituus m)) |

| KLIINISET OIREET JA LÖYDÖKSET | | |
|-------------------------------|-------|--|
| OIKEA | VASEN | MERKITSE RUUTUUN PISTEMÄÄRÄ 0 - 3 |
| kipu | | 0 = ei, 1 = ajoittain, ei särkylääkkeen tarvetta, 2 = päivittäin, särkylääkkeen tarve satunnaista, 3 = päivittäin, särkylääkkeen tarve säännöllistä |
| suonikohjut | | 0 = ei, 1 = yksittäinen, 2 = useita, vain säären tai reiden alueella, 3 = laaja-alaisesti, sekä säären että reiden alueella |
| turvotus | | 0 = ei, 1 = iltaisin, nilkan alueella, 2 = iltapäivisin, nilkan yläpuolella, 3 = aamuisin, nilkan yläpuolella |
| pigmentaatio | | 0 = ei, 1 = paikallisesti, vanhat muutokset, 2 = säären alakolmanneksen alueella, tuoreet muutokset, 3 = säären alakolmanneksen yläpuolella, tuoreet muutokset |
| tulehdus | | 0 = ei, 1 = paikallisesti, lievä, 2 = säären alakolmanneksen alueella, 3 = säären alakolmanneksen yläpuolella, voimakas |
| kovettuma | | 0 = ei, 1 = paikallisesti, < 5 cm, 2 = säären alakolmanneksen alueella, 3 = säären alakolmanneksen yläpuolella |
| säärihaava; lukumäärä | | 0 = ei, 1 = yksi, 2 = kaksi, 3 = enemmän kuin kaksi |
| säärihaava; kesto | | 0 = ei, 1 = alle 3kk, 2 = yli 3kk, alle 1 vuosi, 3 = parantumaton, yli 1 vuosi |
| säärihaava; koko (suurin) | | 0 = ei, 1 = alle 2 cm, 2 = 2-6 cm, 3 = yli 6 cm |
| sukkahoito | | 0 = ei käytössä, 1 = käytössä ajoittain, 2 = käytössä suurimman osan aikaa, 3 = jatkuva käyttö |
| | | pisteet yhteensä (max. 30 pistettä / jalka) |

| KLIININEN HAITTA-ASTE | | |
|-----------------------|-------|---|
| OIKEA | VASEN | |
| 0 | 0 | 0. oireeton |
| 5 | 5 | I. oireinen, voi oleskella / työskennellä ilman hoitosukkaa |
| 10 | 10 | II. voi oleskella/työskennellä 8-tuntisen päivän vain hoitosukan avulla |
| 15 | 15 | III. ei voi oleskella/työskennellä edes hoitosukan kanssa |
| | | max. 15 pistettä / jalka |

| Doppler/duplex takaisinvirtaus(R) - pintalaskimot | | |
|---|-------|--|
| OIKEA | VASEN | (0=e, 1=lievä, 2=kohtalainen, 3=vaikea) |
| | | Vena saphena magna, reisi |
| | | Vsm, reisihaara 1 ja 2 |
| | | Muut reisilaskimot |
| | | Yhdyslaskimot, reisi |
| | | Vena saphena magna, sääri |
| | | Takakaarilaskimo |
| | | Vena saphena parva |
| | | Yhdyslaskimot, sääri |
| | | Muut säärilaskimot |
| | | Muu pintalaskimo |
| | | Refluksipisteet yhteensä (max. 30 / jalka) |

| Refluksin korrelaatio oireisiin ja löydöksiin (arvio) | | | Saatavissa oleva leikkaushyöty (arvio) | | | Leikkaustarve - pisteet yht. | | Leikkaustarvetta lisää | | Vähentää leikkauksen hyötyä | |
|---|-------|-------|--|-------|-------|------------------------------|------------|------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | OIKEA | VASEN | | OIKEA | VASEN | OIKEA | VASEN | OIKEA | VASEN | OIKEA | VASEN |
| erittäin hyvin | 10 | 10 | erittäin suuri | 15 | 15 | | | flebiitti | | turvotus NS | |
| kohtalaisesti | 5 | 5 | suuri | 10 | 10 | | | erysipelas | | lymfödema | |
| vähän | 0 | 0 | kohtalainen | 5 | 5 | | | nivelvika | | nivelvika | |
| ei korreloi | -5 | -5 | lievä | 0 | 0 | | | haava | | ihoatrofia | |
| | | | ei hyötyä | -10 | -10 | | | | | | |
| pisteet max. 10 / jalka | | | haitallinen | -20 | -20 | | | | | | |
| | | | max. 15 / jalka | | | (max. 100) | (max. 100) | | | | |

| Laskimoleikkausjonoon | | | | | Asettaja: | | Pvm: | | |
|-----------------------|---------|------------|-----------|---------|-----------|---------|----------|-----------------------|--|
| Dg | LP jono | Toimipiste | Tmp OIKEA | Reoper. | Tmp VASEN | Reoper. | Muu Tmp. | Arvioitu leikkausaika | |
| I83.0 | I | päiki | PHD76 | EI | PHD76 | EI | | | |
| I87.0 | II | lyhki | PHD77 | KYLLÄ | PHD77 | KYLLÄ | | | |
| I87.2 | III | yleiskir. | PHD99 | | PHD99 | | | | |
| muu | | veris.kir. | PHB78 | | PHB78 | | | | |

FUNDOPLIKAATIOLEIKKAUS**Pisteytysjärjestelmä:**

| | | |
|----------|---|----------------|
| Ryhmä 1: | Komplikaatiot | pisteet |
| | 1) Barret | 100 |
| | 2) Striktuura (peptinen) | 100 |
| | 3) Ulcus | 100 |
| | 4) Vuoto | 100 |
| | 5) astma (huolimatta riittävästä PPI lääkityksestä) | 30 |
| | 6) korvalääkärin diagnosoima KNK tauti | 30 |
| Ryhmä 2 | Oireet/löydökset | |
| | 1) oesophagitis skopiassa / PAD:ssa (PPI lääkityksen aikana) | 30 |
| | 2) (suuri) hiatus hernia + regurgitatio-oire | 30 |
| | 3) ei pärjää ilman lääkkeitä | 30 |
| | 4) vaikeat regurgitatio- oireet | 30 |
| Ryhmä 3 | Muut syyt | |
| | 1) Työikäinen potilas | 10 |
| | 2) Laihdutus onnistunut, oireet edelleen | 10 |
| | 3) Ammattia haittaavat oireet | 30 |
| | 4) Ei halua käyttää lääkkeitä | 10 |
| | 5) Ei voi käyttää lääkkeitä: vaikeat sivuvaikutukset | 30 |

Erityistä huomioita tulee kiinnittää ja kyseenalaistaa leikkaushoito:

- jos lääkekokeilusta ei ole hyötyä
- manometria on poikkeava
- pH rekisteröinti on normaali
- potilas on huomattavan ylipainoinen

Tiedot voidaan päivittää puhelimitse.

Ei leikkaushoidon aihetta; alle 30 pistettä

HALLUX VALGUS

Primaarinen syy: MT I säteen adduktio (IMT-kulma kasvaa)

Sekundaarisyy: I varpaan abduktio (HV-kulma kasvaa), sesamluiden ja plantaarisen jännekalvon siirtyminen lateraalisesti

Radiologiset kriteerit:

Rtg-normaali: HV-kulma 0-15 ast., IMT-kulma alle 16 ast ja sesamluut sijaitsevat normaalisti urissaan (eli MT-I luun keskiviivaan piirretty viiva ei kosketa mediaalista sesamluuta)

Rtg-lievä muutos: HV 15-20 ast, IMT-kulma alle 16 ast, med sesamluun siirtymä alle 50 % luun leveydestä keskilinjaan nähden

Rtg-keskivaikea muutos: HV-kulma 20-40 ast, IMT-kulma edelleen alle 16 ast, sesamluun siirtymä 50-100 %

Rtg-vaikea muutos: HV-kulma on yli 40 ast, IMT-kulma yli 16 ast ja sesamluu kokonaan siirtynyt keskilinjan yli lateraalisesti

Tyvinivelen kongruenssi:

kongruentti :nivelten reunojen kautta piirretyt viivat samansuuntaiset

Inkongruentti: viivat eivät ole paralellit

Operatiivisen hoidon indikaatiot: ("pisteytys")

| | |
|--|--------------|
| Konservatiivisen hoidon keinot käytetty loppuun (lähetteessä perusteltuna) | = 10 p |
| Kroonisesti kivulias I-varpaan tyvinivel | = 20 p |
| Radiologisesti arvosteltuna: keskivaikea tai vaikea hallux valgus | = 20 p |
| Kivulias ja ihon vitaliteettia uhkaava kroonisesti ärtynyt bunion | = 20 p |
| Muiden varpaiden vaikea sekundaarinen virheasento | = 20 p |
| Tyvinivel inkongruentti | = 10 p |
| Yhteensä | 100 p |

Ei leikkaushoidon aihetta; alle 40 pistettä

NIVUSTYRÄLEIKKAUS**Pisteytysjärjestelmä:**

Päivystysleikkaus: inkareroitunut tyrä, 100 pistettä

| | | pisteet |
|----------|---|---------|
| Ryhmä 1: | Kipu | |
| | Päivittäinen kova kipu myös makuulla | 30 |
| | Kova kipu seistessä / nostaessa | 20 |
| | Kipu vaatii lääkitystä | 10 |
| Ryhmä 2 | Haitta | |
| | Sairauslomalla tästä syystä | 30 |
| | Haittaa päivittäisiä toimia | 20 |
| Ryhmä 3 | Kureutumistaipumus | |
| | Vaara suuri-reponoituu/reponoitu vain sairaalassa | 30 |
| | Ei reponoitavissa, mutta ei suurta riskiä | 10 |
| Ryhmä 4 | Muut tekijät | |
| | Iso tyrä- iho vaarassa | 30 |
| | Femoraalityräpäily | 30 |
| | Nuori potilas: alle 30 v. | 20 |

Ei leikkaushoidon aihetta; alle 10 pistettä

SAPPIRAKONPOISTOLEIKKAUS

Leikkausjonoon asettamisen edellytyksenä on ultraäänessä todetut oireilevat sappikivet

Pisteytysjärjestelmä:

Päivystysleikkaus: akuutti cholekystiitti 200

Ryhmä 1: Komplikaatiot

| | |
|---|-----|
| 4) syöpäepäily | 200 |
| 5) posliinirakko/ fisteliepäily | 50 |
| 6) sairastettu cholekystiitti | 50 |
| 7) sairastettu pankreatiitti | 50 |
| 8) ikterus/ maksa-arvot poikkeavat, muut syyt poissuljettu | 50 |
| 9) immunosuppressiopotilas | 50 |

Ryhmä 2: Kipu / Haitta

(joku alle mainitusta, maks pistemäärä ryhmästä 2=50)

| | |
|--|----|
| 7) päivittäiset kivut / oksentelu | 50 |
| 8) käyntejä terveydenhuollon päivystyksissä kipujen takia | 30 |
| 9) jatkuva kipulääkitys | 30 |
| 10) sairauslomalla kipujen takia | 40 |
| 11) ruoka-aineintoleranssi | 10 |
| 12) kipulääkitys tarvittaessa | 10 |
| 13) hallittavat kivut harvoin kipukohtauksiin | 10 |
| 14) muut kuin kipuoireet | 10 |

Ryhmä 3: Muut sairaudet

(joku allemainitusta, maks pistemäärä ryhmästä 3 = 30)

| | |
|----------------------------------|----|
| 9) kortisonilääkitys | 30 |
| 10) diabetes, lääkehoito vaativa | 30 |
| 11) reuma | 30 |

Ryhmä 4: Muut tekijät

| | |
|--|----|
| 1) Potilas nuori, alle 40v. | 10 |
| 2) Hoitoa tai muuta sairautta vaikeuttavat tilat | 10 |

Ei leikkaushoidon aihetta; alle 50 pistettä

KIVESPUSSIN NESTEKERTYMÄT

(N 43.4. Hydrocele, N 43.Spermatocoele)

Ryhmä 1. Haitta (10 - 30 pistettä)

| | |
|---------------------|----|
| 1. Tilahaitta | 30 |
| 2. Virtsaamishaitta | 20 |
| 3. Koitushaitta | 10 |

Ryhmä 2. Koko (10 - 30 pistettä)

| | |
|--------------|----|
| 1. > 10 cm | 30 |
| 2. 5 - 10 cm | 20 |
| 3. < 3 cm | 10 |

Ryhmä 3. Kipu (10 - 30 pistettä)

| | |
|----------------------------|----|
| 1. Jatkuva kipu | 30 |
| 2. Kipu liikkeessa | 20 |
| 3. Kipu erityistilanteissa | 10 |

Ei leikkaushoidon aiheutta; alle 20 pistettä

ETURAUHASSEN HYVÄNLAATUINEN LIIKAKASVU

(N 40 Hyperplasia prostatae)

| | |
|---|-----|
| Ryhmä 1. Virtsaummen aste ja komplikaatiot (YLI 170 pistettä) | |
| 1. Katetripotilas | 170 |
| 2. Toistuva virtsaumpi | 170 |
| 3. Krooninen virtsaumpi, joka on aiheuttanut rakon ylivenyttymisen ja munuaiskudoksen tuhoa | 170 |
| 4. Ylivuotokarkkaaminen | 170 |
| Ryhmä 2. Alavirtsateiden tukoksen aste ja oireet (20 – 100 pistettä) | |
| 1. Krooninen virtsatulehdus, tiheästi uusiutuva | 100 |
| 2. Virtsarakkokivi | 100 |
| 3. Hyperplasiasta johtuva, toistuva sairaalahoitoa vaativa hematuria | 100 |
| 4. Jäännösvirtsan määrä | |
| > 300 ml | 50 |
| 100 – 299ml | 30 |
| 50 – 100 | 0 |
| 5. Virtsantulo | |
| - flow < 5 ml / s | 50 |
| < 12 ml / s | 30 |
| tai | |
| - urodynaamisesti todettu ahtaus | 50 |
| - indifferentin alueen ahtauma | 30 |
| 6. Oireet : > 18 oirehaittapistettä | 30 |
| 10 – 18 | 20 |
| < 9 pistettä | 0 |
| 7. Keskilohko | 30 |
| 8. Ajoittain toistuva eturauhasperäinen virtsan verisyys | 20 |
| 9. Uusiutuva virtsainfektio | 30 |
| 10. Runsas rakon divertikuloosi | 50 |
| 11. Lääkehoidon teho riittämätön | 50 |
| Ryhmä 3. Muut tekijät (20 pistettä) | |
| 1. Lääkehoidon kustannukset tai haitat | 20 |
| 2. Prostatan koko > 30 g | 20 |

Ei leikkaushoidon aihetta; alle 90 pistettä

KLAUDIKAATION HOITO

| | | | |
|---|--|---|---------|
| A | Omin avuin selviytymistä haittaava | Ei pääse <ul style="list-style-type: none"> • postilaatikolle • kauppaan • linja-autoon | 20 |
| B | Konservatiiviseen hoitoon reagoimaton | <ul style="list-style-type: none"> • tupakoinnin lopettaminen, kävelyharjoitukset ja lääkityksen optimointi ei tuota tulosta | 20 |
| C | Työkyky ja toimintakyky palautettavissa | | 20 |
| D | S-laboratoriossa selkeät viitteet huonosta verenkierrosta | <ul style="list-style-type: none"> • Lepo-ABI <0,5 | 10 |
| E | Kliin.fys. kävelymatto-rasituksessa selkeät viitteet huonosta verenkierrosta | <ul style="list-style-type: none"> • 2 min. rasituksessa ABI laskee > 30 % • 2 min. rasituksessa ABI laskee > 50 % | 5 10 |
| F | Yksin asuva | | 5 |
| G | Tupakkavalistukseen reagoiva | Tupakoinnin lopettaminen onnistuu | 5 |
| H | Yhteisvaikutusta toisen sairauden kanssa lisäävä | <ul style="list-style-type: none"> • esim. klaudikaatio ja spinaalistennoosi yhdessä | 5 |
| H | Harrastusta rajoittavia tekijöitä | Ei käy, esim. <ul style="list-style-type: none"> • golf • tennis • tanssi • hiihto • sienestys | 5 |

Ei leikkaushoidon aihetta; alle 40 pistettä

Hoidon aiheita koskevien valtakunnallisten suositusten laadinta ennakolta suunnitellulle hoidolle erikoissairaanhoidossa

Ehdotus projektiorganisaatioksi

Erikoissairaanhoidon 33 § mukaan potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää johtavan lääkärin antamien yleisten ohjeiden mukaan erikoisalanylilääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu sairaanhoitopiirin kuntayhtymän lääkäri. Johtavan lääkärin ja erikoisalajien ylilääkäreiden virkatehtäviin kuuluu siten määritellä myös ennakolta suunnitellun hoidon hoito- ja toimenpidekohtaiset aiheet. Nämä ilmaisevat yleisesti hyväksyttyä hoitokäytäntöä ja niiden tulee siten olla yhdenmukaiset koko maassa.

Työryhmä ehdottaa, että ne erikoissairaanhoidon kuuluvien hoito- ja toimenpidekohtaisia hoidon aiheita koskevien valtakunnalliset suositusten laadinta ja ylläpito, joihin sovelletaan valtioneuvoston periaatepäätöksen määräaika- ja annetaan sairaanhoitopiirien johtavien lääkärin tehtäväksi. Työ tulee organisoida erikoisalakohtaisesti ja yhteistyössä Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -hankkeen, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten FinOHTA-yksikön, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Suomen kuntaliiton, lääketieteellisten tiedekuntien, erikoislääkäriyhdistysten, terveydenhuollon ammattijärjestöjen sekä potilasjärjestöjen kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi erikoissairaanhoidon yleisen suunnittelu-, ohjaus- ja valvontatehtävänsä perusteella yhdessä sairaanhoitopiirien kanssa perustaa työtä varten projektiorganisaatio johtoryhmineen ja erikoisalakohtaisine projektiryhmineen.

Työryhmä ehdottaa, että erikoisalakohtaisten projektiryhmien johtamisvastuu jaetaan sairaanhoitopiirin kesken. Projektiryhmien puheenjohtajiksi nimetään ao. sairaanhoitopiirin johtava lääkäri tai hallintoylilääkäri. Projektiryhmissä ovat edustettuina keskeiset kyseisen erikoisalajin sairauden asiantuntijat ja toiminnan kehittämisen asiantuntijoita.

Erikoisalakohtaiset projektiryhmät määrittelevät ne hoidot ja toimenpiteet, joita varten laaditaan valtakunnallinen suositus hoidon aiheiksi sekä asettavat suositusten laatimista varten hoito- ja toimenpidekohtaiset asiantuntijaryhmät.

Hoito- ja toimenpidekohtaiset asiantuntijaryhmät tekevät perustellut ehdotukset hoidon aiheiksi sekä laativat ja testaavat aiheluettelot tai vastaavat mittarit.

Hoitoon pääsyä tukeva tietohuoltostrategia

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | Johdanto | 143 |
| 2 | Ehdotus hoidon saatavuuden seurannan strategiaksi | 144 |
| | Hoidon saatavuutta kuvaavan tiedon tuottamisen yhtenäistäminen | 146 |
| | Perusterveydenhuolto | 147 |
| | Terveystieteiden avohoidon tilastouudistus | 147 |
| | Perusterveydenhuollon hoidon saatavuuden seuranta | 147 |
| | Erikoissairaanhoito | 148 |
| | HILMO –rekisteri | 149 |
| | Kuntaliiton sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden osavuosikatsaukset | 150 |
| | Ehdotus erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn ja jononhallinnan seurantajärjestelmäksi | 150 |
| | HILMO –rekisterin vaatimat muutokset | 151 |
| | Kelan korvaama sairaanhoitovakuutus ja sen tilastointi | 152 |
| | Kelan raportointijärjestelmän tavoitetila | 153 |
| 3 | Raportointijärjestelmän käytännön toteutus | 153 |
| | Aikataulu | 153 |
| | Projektiorganisaatio | 153 |
| | Projektin tarvitsemat resurssit | 154 |
| | Alustava yhtenäisen tietopohjan vaatimusmäärittely | 154 |

1 Johdanto

Tietojen kerääminen jonoista on osoittanut, että nykyinen tietopohja jonotustilanteista ei ole riittävä ja tulokset eivät ole yhteismitallisia, vertailukelpoisia. Jononhallinta on tiedonhallintaa. Yhtenäisen jonojen seurantajärjestelmän luominen ja yhtenäisistä mittareista sopiminen on ensimmäinen askel kohti jono-ongelmaan vaikuttamista. Seuraava askel on tavoitearvojen määrittäminen mittareille. Kolmas, välttämätön askel on kannustin- ja sanktiojärjestelmän luominen, joka tekee jonotuksen minimoimisen kaikille osapuolille kannattavimmaksi tavaksi toimia.

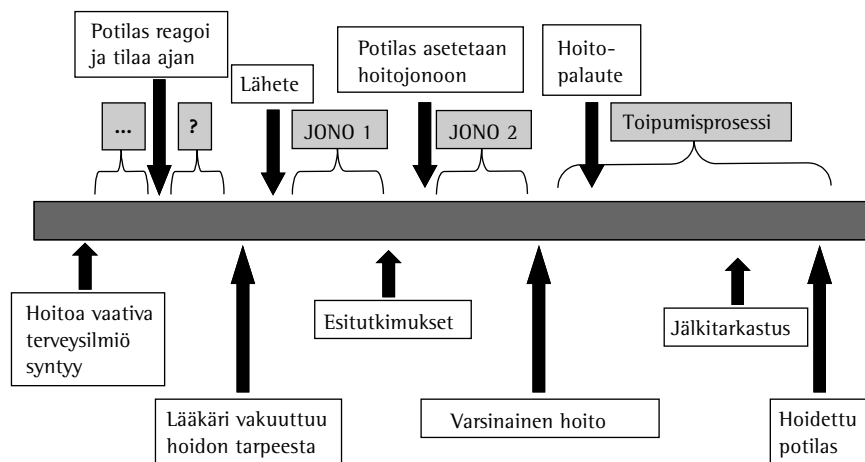
Raportointijärjestelmän kehittäminen liittyy myös kansallisen terveysprojektin sähköisen potilaskertomuksen standardointi- ja harmonisointihankkeeseen.

Suomessa tietoja hoitajajonoista keräävät Stakes ja Suomen Kuntaliitto koko maan tasolla. Stakes on tilastoinut hoidon saatavuutta koskevia tietoja vuodesta 1992 alkaen osana sen ylläpitämää hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO). Rekisteri sisältää tietoja vuodeosastohoidon ja päiväkirurgian, *mutta ei sairaaloiden ja terveyskeskusten avohoidon jonoista*. Jonotiedot kattavat pääasiassa vain operatiiviset erikoissalat ja *konservaatiivisten alojen tiedoissa on erittäin paljon puutteita*. Jonotietojen kattavuus vaihtelee nykyisin huomattavasti sairaanhoitopiiristä toiseen, joidenkin osioiden kohdalla jopa puolet arvoista puuttuu. Operatiivisten alojen jonotietojen raportointi on tapahtunut osana Stakesin muuta tilastoraportointia. Kuntaliiton hoidon saatavuutta kos-

keva tiedon keruu on alkanut yli kymmenen vuotta sitten ja laajentunut vähitellen. Raportointi tapahtuu kolmannesvuosittain ja soveltuu näin ollen paremmin päivittäisen toiminnan vertaisarviointiin.

Aikajänne oireiden havaitsemisesta toimenpiteestä toipumiseen on usein pitkä. Se koostuu useista aktiivisemman ja passiivisemman toiminnan jaksoista. Hoidon saatavuus -keskustelussa keskeisin kiinnostuksen kohde on ollut aika, joka kuluu hoitojonoon asettamisesta toimenpiteen suorittamiseen, ”jono 2” (Kaavio 1). Vähemmän mielenkiintoa on herättänyt saman kuvan ”jono 1” eli *aika lähetteen kirjoittamisesta esitutkimuksiin*. Suuri osa kustannuksista, kärsimyksistä ja menetetyistä ajasta kertyy kuitenkin näiden kahden ”jonon” ulkopuolella. Hoidon aiheiden määrittelytarve alkaa siitä hetkestä, kun potilaalle on herännyt epätietoisuus havaitsemansa oireen merkityksestä, kunnes terveydenhuollon asiantuntijoiden toteuttama lääketieteellisesti perusteltu hoito on toteutettu ja toipuminen on tapahtunut. Tulevaisuudessa terveydenhuollon informaatiojärjestelmän tulisi pystyä kuvaamaan koko aikajännettä.

Kaavio 1. Jonon sijainti hoitoprosessissa oireiden synnystä toimenpiteestä toipumiseen ulottuvalla aikajänteellä.



Perinteisesti jonotusaikaa on kuvattu keskiarvolla tai mediaanilla. Jonotusaikojen jakauma ei yleensä ole normaalijakaumaa muistuttava, joten keskiarvo ei kuvaa sitä luotettavasti. Mediaani kuvaa keskimmäisen odottajan odotusaikaa ja on keskiarvoa luotettavampi yksittäisenä arvona kuvaamaan odotusaikaa, koska se ei ole yhtä herkkä äärimmäisille ajoille kuten keskiarvo. Muita vaihtoehtoisia hoidon saatavuuden esittämistapoja ovat, missä ajassa 50 tai 90 % jonottavista potilaista on hoidettu tai tarkemmat jonotusaikojen jakaumaa kuvaavat graafiset esitystavat.

Esimerkkinä oheiselta verkkosivulta löytyvät australialaisen osavaltion (New South Wales) jonotiedot (www.health.nsw.gov.au/waitingtimes).

Työterveyshuollon ja yksityissektorin palvelutuotannon tulisi jatkossa olla mukana yhtenäisessä kansallisessa hoidon saatavuuden seurannassa. Erityisesti tämä koskee avohoidon saatavuuden seurantaa. Lääkärille ja hammaslääkärille tehtiin Suomessa 29 miljoonaa avohoidon käyntiä yhteensä julkisella ja yksityisellä sektorilla vuonna 2001. Näistä 8.2 miljoonaa (28 %) oli sairausvakuutuksen korvaamia käyntejä yksityislääkäreillä tai työpaikkalääkäreillä. Kaikista käynneistä 44 % tehtiin yleislääkärille, 32 % erikoislääkärille ja 24 % hammaslääkärille.

Koko palvelujärjestelmän toiminnan arviointi tehostuu, kun alueellisesti ja kansallisesti on toteutettu avohoidon ja toimenpiteiden hoidon saatavuutta kuvaavien seurantajärjestelmien yhdistäminen ja tiedon keruu yhtenäisin kriteerein. Sairausvakuutusten päiväraha ja muiden korvausjärjestelmien käytön kytkeminen hoitoprosesseihin tuo uusia mahdollisuuksia arvioida terveydenhuollon toiminnan kokonaistehokkuutta.

2 Ehdotus hoidon saatavuuden seurannan strategiaksi

Tavoitteena on valtakunnallinen tiedon keruu- ja raportointijärjestelmä, joka tuottaa

- Potilaille ja (hoitovastuussa oleville) terveydenhuollon ammattilaisille toimintayksikkö- ja ongelmakohtaista tietoa hoidon saatavuudesta
- Valtakunnallisesti ja alueellisesti terveydenhuollon päätöksenteon tueksi seurantatietoa hoidon saatavuudesta
- Terveydenhuollon toimintayksikkö- ja erikoisalakohtaista tietoa toiminnan tehokkuudesta organisaatiokohtaista päätöksentekoa varten

Kansallisen terveydenhuollon turvaamiseksi tarkoitetun projektin asettamiin tavoitteisiin pääseminen edellyttää hoidon saatavuuden arviointiin käytettävän tiedon tietosisällön yhtenäistä määrittämistä sekä seurantatiedon raportointimenettelystä ja raportoinnin käytännön toteutuksesta sopimista osana sähköisen potilaskertomuksen kansallista vaatimusmäärittelyä. Tavoitteeseen pääsemiseksi on huomioitava meneillään olevat kansalliset hankkeet tilastoinnin uudistamiseksi ja yhtenäistämiseksi (Tieto 2005, avohoidon tilastouudistus, HILMON kehittäminen, Kelan sairaanhoitovakuutustiedoston kehittäminen jne.). Valtakunnallisena tavoitteena on rekistereiden yhteensopivuuden parantaminen, jolloin myös yksittäisten rekistereiden tiedon keruun tarve vähenee ja tietosisältöä voidaan karsia. Tähän tavoitteeseen pääseminen asettaa vaatimuksia tietosisällön yhtenäisyydelle, jotta olisi mahdollista muodostaa pitkiä toimintoketjuja. Kerättävän tiedon käytettävyyden toimintojen ohjauksessa ja jokapäiväisessä päätöksenteossa motivoi parantamaan rekisteröitävän tiedon laatua. Näin ollen yhtä lailla huomiota on kiinnitettävä raportoinnin kehittämiseen kuin toimintaa kuvaavan tiedon tuottamiseen.

Konkreettisena tavoitteena on jo tänä päivänä hoidon saatavuutta koskevan tiedon määrittelyn ja keruun yhtenäistäminen valtakunnallisesti. Ennen yhtenäisen sähköisen potilaskertomuksen avulla tapahtuvaa tiedonkeruuta, on joko valtakunnallisesti tai ainakin alueellisesti toiminnallisina kokonaisuuksina (esim. erityisvastuualueittain, sairaanhoitopiireittäin) sovittava tietotuotannon yhtenäistämistä. Hoidon saatavuutta koskeva tiedon keruu ja siihen liittyvät vaatimusmäärittely tulee olla samanlaista julkisille ja yksityisille terveystalusten tuottajille.

Hoidon saatavuuden seurannalla on kaksi tavoitetta:

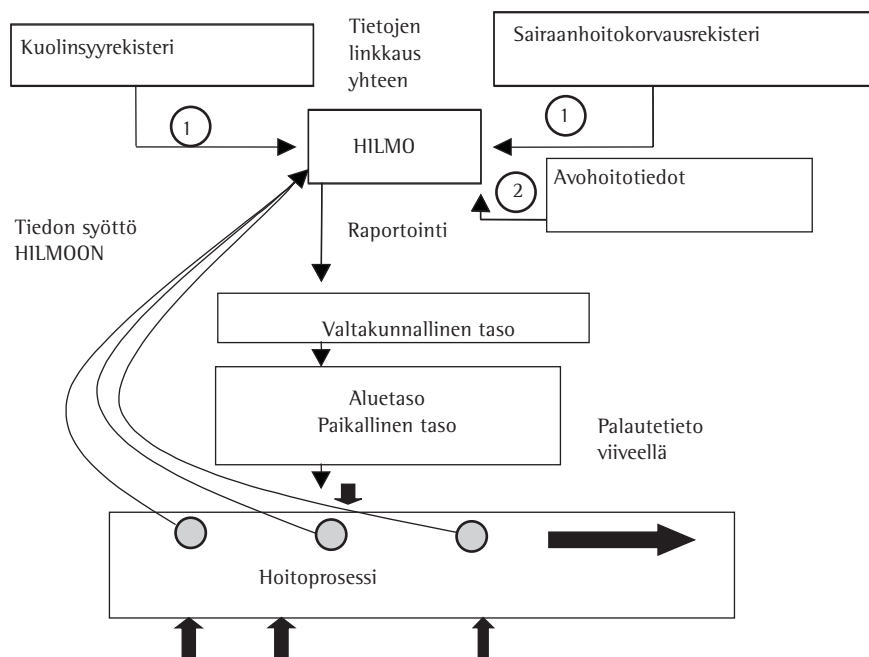
- a) Paikallisesti voidaan tuottaa lähes reaaliaikaisesti palveluyksikkökohtaista ja eri toimintoja koskevaa hoidon saatavuutta kuvaavaa tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöille, kun he ovat ohjaamassa yksittäistä potilasta hoitoon. Potilaalle voidaan jo hoitopaikan valintatilanteessa informoida odotettavissa olevasta todennäköisestä odotusajasta ja toisaalta heillä on alueellisen tietopalvelun avulla mahdollista itsekkin seurata hoitojonoja.

- b) Keskitettyä tiedon tuotantoa ja analysointia tarvitaan toimintaa kuvaavien vertaistietojen tuottamiseen valtakunnallisesti. Näiden avulla on mahdollista arvioida alueellisia eroja hoidon saatavuudessa ja identifioida muita mahdollisia palvelun tuottajia alueelliseen palvelujen saatavuusvajeeseen. Keskitetyllä tiedon analysoinnilla on mahdollisuus myös toimintayksiköiden väliseen toiminnan tehokkuuden vertailuun ja sitä kautta oman toimintayksikön kehittämiseen Stake-sin 'Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus' -hankkeen tapaan.

Hoidon saatavuutta kuvaavan tiedon tuottamisen yhtenäistäminen

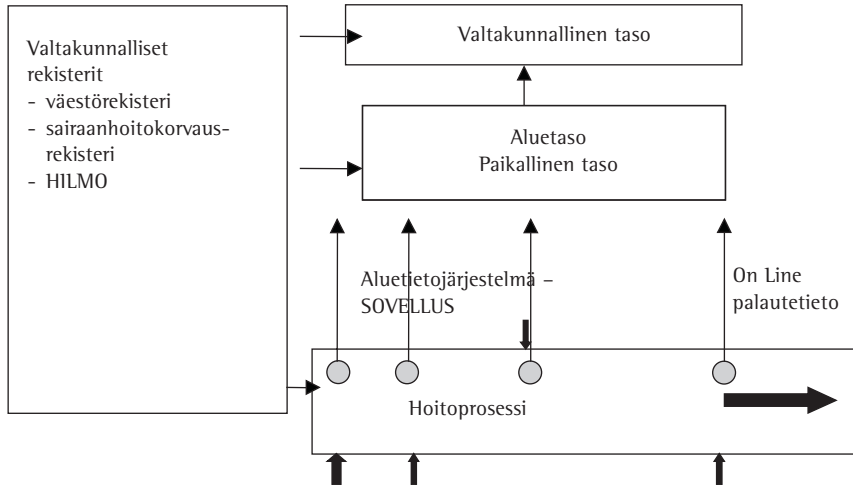
Lähtöleveysuudessa hoidon saatavuutta koskevaa tietotuotantoa on valtakunnallisesti mahdollista parantaa HILMO-rekisteriä kehittämällä kaavion 2 mukaisesti. Vuonna 2004 on mahdollista yhdistää HILMO-rekisteriin sairaanhoitokorvausrekisteri, väestörekisteri ja kuolinsyyrekisteri ja myöhemmässä vaiheessa vuosina 2005-2006 avohoitotiedot avohoidon tilastouudistuksen mukaisen tietotuotannon käynnistyttyä valtakunnallisessa laajuudessa. Raporttien tuotanto tapahtuisi alkuvaiheessa pääsääntöisesti keskitetysti kerran vuodessa tavoitteen raportoinnille ollessa kuitenkin useamman kerran vuodessa.

Kaavio 2. Hoidon saatavuutta koskevan seuranta järjestelmän rakenne nyt ja sen kehittämisen tarpeet lähitulevaisuudessa



Kaaviossa 3 on esitelty hoidon saatavuutta kuvaavan valtakunnallisen tietotuotannon tavoitetilaa. Hoidon saatavuuden seuraamiseksi tarvittava tieto kerätään yhtenäisesti kaikissa terveydenhuollon yksiköissä yhtenäisesti sähköiseen potilaskertomukseen määritellyllä tavalla ja sairaalat/toimintayksiköt pystyvät integroimaan paikallisesti valtakunnallisten rekistereiden tuottaman tiedon. Terveydenhuollon toimintayksiköt pystyvät tuottamaan entistä syvällisempää ja muiden organisaatioiden kanssa vertailukelpoista tietoa reaaliaikaisena oman toiminnan ohjaamiseksi sekä väestön ja yhteistyötahtojen tietoon hoidon saatavuudesta. Reaaliaikainen tietotuotanto edellyttää myös luotettavan ja suojatun sähköisen tiedonsiirtojärjestelmän olemassaoloa.

Kaavio 3. Yhtenäiseen alueelliseen tiedonkeruuseen pohjautuva hoidon saatavuuden raportointijärjestelmä. Valtakunnallista rekisteritietoa voidaan liittää raportointijärjestelmään sen eri tasoilla.



Valtakunnallisten rekisteritietojen yhdistäminen hoitoprosessin etenemistä kuvaaviin tietoihin huomioi automaattisesti hoidon kohteen muuttamisen toiselle paikkakunnalle tai suunnitellun hoidon toteutuksen toisessa hoitoyksikössä tai vaikka päivystyksenä. Sairaanhoitokorvausrekisteriä apuna käyttäen voidaan seurata hoidon kokonaiskustannusten kehitystä ja kehittämistoimenpiteiden vaikutusta niihin.

Perusterveydenhuolto

Terveystietojärjestelmän avohoidon tilastouudistus

Perusterveydenhuollon avohoidon hoidon saatavuuden seuraamiseksi ei yhtenäistä menettelyä ole käytettävissä. Terveystietojärjestelmän avohoidon tilastouudistuksen suunnittelu on käynnistynyt Stakesissa kesällä 2003. Hankkeen tavoitteena on tuottaa toiminnan eri tasoilla seurantatietoa perusterveydenhuollon, työterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitoavohoidosta. Ensimmäiset pilotit useassa kymmenessä terveyskeskuksessa käynnistyvät vuonna 2004 ja suunnitelmien mukaan avohoidon toiminnan raportointi tapahtuisi lähes kattavasti vuoden 2006 loppuun mennessä. Raporttietoa kerätään kattavasti lukumäärätietoina, mutta osittain myös henkilötunnistepohjaisena. Tavoitteena on, että sähköisen potilaskertomuksen ydintietojen vaatimusmäärittelyn käyttöönoton myötä voitaisiin tiedot tuottaa suoraan sähköisestä potilaskertomuksesta.

Perusterveydenhuollon hoidon saatavuuden seuranta

Perusterveydenhuollossa hoidon saatavuuden mittaaminen on erikoissairaanhoitoa moniselitteisempää. Hoidon saatavuuden kiireellisyys vaihtelee päivystyksellisestä ei-kiireelliseen todistuksen hankintaan, kroonisen sairauden suunniteltuihin kontrollikäynteihin ja terveysneuvontaan. Näin ollen hoidon saatavuuden seuraamiseksi tulee määritellä yksittäinen toiminto tai potilasryhmä, joiden osalta hoidon saatavuuden toteutusta seurataan.

Perusterveydenhuollossa tavoitteena on kontaktin saaminen terveydenhuollon ammattihenkilöön välittömästi. Useimmiten tämä on tarkoituksenmukaista toteuttaa puhelinpalvelulla. Tavoitteen toteutuminen on mitattavissa seuraamalla palveluun läpi päässeiden puheluiden osuutta kaikista keskukseseen suuntautuneista soittajista huoli-

matta siitä kuinka monta kertaa on samasta puhelimesta soitettu. Mittari on niiden asiakkaiden osuus, jotka saavat ongelmansa edellyttämän palvelun sovitus-ajassa, joka täyttää sekä asiakkaan toiveet, että lääketieteellisen kiireellisyysarvion.

Call center –toiminnan (puhelinneuvonta) on Ruotsissa osoitettu vähentävän perusterveydenhuollon vastaanottokäyntejä. Näin ollen hyvä tätä toimintaa kuvaava mittari on terveydenhuollon asiantuntijoille läpi päässeiden neuvonta- tai tiedustelupuheluiden osuus kaikista soittajista. Tekninen puheluiden läpikäynnin mittaaminen saadaan puhelinoperaattorilta. Varsinainen hoitoon pääsyn mittauksen kohde olisi terveydenhuollon ammattihenkilön tekemään hoidon tarpeen arviointiin kulunut aika.

Hankittaessa tai päivitetessä perusterveydenhuollon tietojärjestelmiä tulisi järjestelmien vaatimusmäärittelyssä huomioida hoidon saatavuuden mittaamisen tarpeet. Potilaan ottaessa yhteyttä sairautensa/terveysongelmansa vuoksi neuvontapuhelimeen tai ajanvaraukseen sairauskertomusta avattaessa rekisteröityy yhteydenoton ajankohta automaattisesti sähköiseen sairauskertomukseen tai muuhun potilashallinnon tietojärjestelmään. Vastaanottokäynnin toteutuessa se kirjautuu vastaavasti tietojärjestelmään. Vastaanottokäynnin yhteydessä voidaan tehdä käyntiä koskevat täydentävät kirjaukset kuten diagnoosi-/muut käyntisyytiedot. Käynnin luonteen kirjaamisella voidaan erottaa ensikäynnit muista käyntityypeistä.

Valtakunnallista käyttöä varten tiedon keruu voidaan toteuttaa vuodeosastotoimintaa koskevan HILMO tiedon keruun yhteydessä tai erillisenä samoja periaatteita noudattaen. Jos tiedot toimitetaan yksilötasoisena Stakesiin, on mahdollista sovittuja poimintaehtoja käyttäen muodostaa keskimääräinen mittariarvo hoidon saatavuudelle ja muille määritellyille tiedoille sovittuna ajanjaksona (tietty viikko, kuukausi, koko vuosi jne.). Terveyskeskusten on mahdollista tuottaa mittaukset myös itse, jos ohjelmistotoimittaja tai käyttäjä tekee tietojärjestelmään itse ehtojen mukaiset poimintakomennot. Mittaria on tällöin mahdollista seurata paikallisesti 'reaaliaikaisesti'. Tällöin sitä voi käyttää tehokkaasti paikallisen informaatio-ohjauksen välineenä sekä välineenä, jolla voidaan ohjata käytettävissä olevien resurssien optimaalista käyttöä (Rintanen 1995). Sovituin ajoin ja sovituilta ajanjaksoilta terveyskeskus toimittaa tällöin tiedon valtakunnalliseen rekisteriin.

Valtakunnallisesti on sovittava sähköisen sairauskertomuksen vaatimusmäärittelystä ja avohoidon käynnin luonne- sekä käyntisyy- tai diagnoosikirjaukset on sisällytettävä sähköisen potilaskertomuksen minimitietosisältösuosituksiin. Myös terveyskeskuksen vuodeosastohoitoa ja muita avohoitosuoritteita kuvaavat mittarit on sovittava samassa yhteydessä.

Ensivaiheessa tiedot ovat kerättävissä vain osasta Suomen terveyskeskuksista ja vain 1 – 2 kertaa vuodessa. Yhteisten tiedonsiirtoformaattien kehittyessä on mahdollista toteuttaa automaattinen 'on line' -tiedonkeruu useamman kerran vuodessa (XML). Stakesissa on vastaavasti luotava avoterveydenhuollon tilastouudistuksen yhteydessä perusterveydenhuollon hoitoilmoitustietokanta, jonka osaksi hoidon saatavuutta koskeva tieto voidaan sisällyttää. Tällaisen tietokannan luomiseksi Stakesille on jo osoitettu resursseja.

Erikoissairaanhoito

Tällä hetkellä hoidon saatavuutta koskevaa valtakunnallista vertailutietoa ei ole saatavissa kattavasti. Stakesin ylläpitämä valtakunnallinen HILMO-rekisteri käsittää vain vuodeosastohoidon ja päiväkirurgian. Poliklinistä toimintaa kuvaavaa valtakunnallista tiedonkeruuta ei ole. Sairaanhoitopiirit tuottavat paikallisesti toisistaan poikkeavilla jär-

jestelmillä ja sisällöllisesti erilaista tietoa. Tällainen tietopohja riittää monasti oman toiminnan seuraamiseen ja toiminnan kehittämiseen, mutta ei täytä kansalaisten hoidon tasavertaisen saatavuuden valtakunnallisen seuraamisen tarpeita eikä anna työkaluja oman toiminnan vertailuun muihin toimintayksiköihin.

HILMO-rekisteri

Hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) terveydenhuollon perustietolomakkeessa koskien sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidon kysytty tietoa hoitojonoon asettamispäivästä vuodesta 1992 alkaen. Tietoa ei ole kuitenkaan vaadittu pakolliseksi tiedoksi, joten täysin kattavasti tietoja ei ole saatu. Hoitojonoon asettamispäivä määritellään tällä hetkellä HILMO-ohjekirjan mukaan seuraavasti:

”Hoitojonoon asettamispäivä on se päivä, jolloin potilas sijoitettiin jonoon odottamaan nyt päättynyttä hoitoa, toimenpidettä tai tutkimusta (esim. poliklinikkala lähetteen kirjaamispäivä). Päivystyspotilaille, joita hoidetaan jonkin muun syyn kuin jonoon asettamissyyn takia, ei päivämäärää kirjata. Päivämäärää ei myöskään kirjata niille potilaille, joiden hoitoa jatketaan ottamalla heidät hoidollisista syistä uudelleen hoitoon sovittuna aikana (esim. säännölliset arviot hoidon onnistumisesta tai sairauden etenemisestä). Jos potilas on poistettu hoitojonosta tai jonoon asettamispäivää on muutettu (esimerkiksi sen takia, että hän ei ole saapunut hoitoon sovittuna ajankohtana), ilmoitetaan hoitoilmoituksessa ilmoituksen tekohetkellä voimassa oleva hoitojonoon asettamispäivä. Jos hoitojonoja ei esiinny, ei merkitä myöskään jonoon asettamispäivää. Jaksottaishoitoon tulevan potilaan ei katsota olevan hoitojonossa.”

Vaihtelua kirjaamiskäytäntöihin tuo myös se, että joissakin toimintayksiköissä annetaan potilaalle suunniteltua toimenpidettä koskeva toimenpideaika suoraan (ajanvarausrekisteri) tekemättä näin laisinkaan kirjausta hoitojonoon asettamispäivästä. Toisissa yksiköissä vastaavan odotusajan toimenpiteet kirjataan hoidonvarausrekistereiden kautta, jolloin on mahdollista kirjata jonoon asettamispäivämäärä. Annettaessa potilaalle suoraan hoitoaikaa lähetteen perusteella, käytetään myös menettelyä, jossa potilaan lähete kirjataan saapuneeksi sairaalaan vasta, kun toimenpideaajasta lähetetään tieto potilaalle.

Toimenpiteellisten hoitajaksojen ja päiväkirurgisten toimenpiteiden jonotusaikoja koskevia tietoja on saatavilla HILMOsta edellä kuvatusti kohtalaisen hyvin. Konservatiivisten alojen jonotustiedot ovat sen sijaan erittäin puutteellisia, vaikka tietopyyntö jonoon asettamispäivästä koskee myös niitä.

Palvelujen tuottavat ilmoittavat jonotietojaan HILMOon myös hyvin vaihtelevasti. Noin kolmannes sairaanhoitopiireistä toimittaa jonotiedot yli 90 %:sta hoidetuista potilaista, toinen kolmannes vain noin 40–50 %:sta hoidetuista potilaista ja loput piireistä tältä väliltä. Yksityisten tuottajien jonotiedoista puuttuu noin 70 %, mikä selittynee yksityisten tuottajien huomattavasti lyhyemmillä tai kokonaan puuttuvilla jonoilla. (Mainitut osuudet ovat arvio HILMO:sta muodostetusta aineistosta, joka sisältää 15 kirurgisen toimenpiteen tiedot vuosilta 1997–2001, Järvelin ym. 2003).

HILMON jonotiedot ilmaisevat päättynyttä jonotusta eli ne kertovat, kuinka pitkään jo hoidetut potilaat joutuivat jonottamaan. Ne eivät kerro mitään jonojen muutoksista lyhyellä aikavälillä, kuinka monet potilaat ohittivat jonon tai poistuivat jonosta siirryttyään yksityissektorille hoitoon. Jonossa tapahtuvia muutoksia lyhyellä aikavälillä voidaan mitata ns. päättymättömän jonotuksen avulla, mikä edellyttäisi tietojen keruuta vähintään kuukauden – kolmen kuukauden välein.

Kuntaliiton sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden osavuosisikatsaukset

1990-luvun alkupuolella Kuntaliitossa nähtiin, että sairaaloiden tietojen raportoinnin rytmi valtakunnallisesti oli aivan liian hidas – tilastojen kautta kerran vuodessa ja silloinkin melkoisella viiveellä. Pääsääntöisesti puolentoista vuoden vanhoilla tiedoilla tapahtuva ohjaus on auttamattomasti myöhässä ajantasaista päätöksentekoa varten. Lisäksi sairaaloiden seurantatiedot olivat vanhoja tuttuja hallinnollisia tietoja eivätkä aina tukeneet sisällöltään toiminnallista kehittämistä.

Avaintekijät Kuntaliiton tietotuotannolle ovat:

- Tietoja tuotetaan kunnallisen erikoissairaanhoidon tarpeisiin ja sen intresseistä.
- Tarkastelu eteenpäin ja lyhyellä aikajänteellä taaksepäin
- Kehityksen suunta ja muutokset tärkeitä – ei kaiken kattavuus ja pikkutarkkuus.
- Tiedot nopeasti, ajantasaisina – ensimmäisenä
- Tiedot saadaan valmiista olemassa olevasta tiedosta kevyellä organisaatiolla

Tulevaisuudessa tietotuotannossa korostuvat erityisesti palvelujen saatavuus, oikea-aikaisuus, riittävyys, palveluiden hinnat, keskittyminen vaikuttaviin hoitoihin, tehokkuus sekä rakenteellinen uudistuminen ja erilaistuminen. Edellä mainitun tuotantotiedon kuvaamiseen ovat sairaanhoitopiirit joutuneet rakentamaan mahdollisesti toisistaan poikkeavia tiedonkeruujärjestelmiä HILMO –tiedonkeruun ohkeen.

Ehdotus erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn ja jonon hallinnan seurantajärjestelmäksi

Hoidon saatavuudesta vastaavan tietotuotannon vastuullisen toimijan tulisi olla yhteisesti kaikkien osapuolten hyväksymä terveystieteellisestä päätöksenteosta riippumaton taho. Stakes sopii tähän tilastoviranomaisroolinsa vuoksi.

Valtakunnallinen seurantajärjestelmä tulisi rakentaa edellä kuvatulla tavalla aluksi nykyisten valtakunnallisten rekisteritietojen varaan käyttäen perusrekisterinä hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO) ja liittämällä siihen tarvittavia tietoja valtakunnallisista rekistereistä (tilastokeskus, kuolinsyyrekisteri, Kelan sairaanhoitokorvausrekisteri jne.) (Kaavio 2). Vuosina 2005–2006 on mahdollista liittää mukaan avohoidon henkilötunnuspohjaiset tiedot avohoidon tilastouudistuksen käyttöönoton myötä.

Saman aikaisesti tulee tehdä sähköiseen potilaskertomukseen nojautuvan valtakunnallisesti yhtenäisen tietosisällön vaatimusmäärittely ja toteutus osana kansallista terveyshanketta. Alustava tietosisällön määrittely on esitetty tämän kappaleen kohdassa 2.6. Yhtenäisen määrittelyn ja toimintamallien myötä voidaan hoidon saatavuustiedot poimia perusjärjestelmistä eri käyttötarkoituksiin sekä paikallisesti että valtakunnallisesti käytettäväksi. Valtakunnallisten rekisteritietojen hyödyntäminen alueellisissa jononhallinta- ja seurantajärjestelmissä edellyttää toisaalta teknisiä valmiuksia tiedonsiirtoihin ja toisaalta säädöspohjalla toimivia ja hyviin käytäntöihin perustuvia tietosuojaperiaatteita (Kaavio 3).

Paikallisten raporttien ohella on mahdollista tuottaa yhtenäisellä, valtakunnallisesti sovitulla tietosisällöllä organisaatioita toisiinsa vertailevia raportteja hoidon saatavuudesta. Jatkossa raportointiin voidaan liittää toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta kuvaavia mittareita.

HILMO-rekisterin vaatimat muutokset

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä asetettujen hoidon saatavuuden tavoitteiden seuranta voidaan toteuttaa kohtuullisella lisäpanostuksella HILMO-rekisteristä. Raporttien kehittämisessä tulee huomioida käyttäjien palaute niiden käytettävyydestä päätöksen-

tekoon ja toiminnan ohjaukseen. Hyvä käytettävyys motivoi parempaan tiedon tallennukseen.

Työryhmä ehdottaa seuraavia toimintakäytäntöjen muutoksia HILMO-rekisteröinnin menettelytavoissa:

1. lähetteen saapumispäivämäärä ja hoitojonoon asettamispäivämäärä määrittelytään yhtenäisiksi ja pakollisiksi
2. poliklinikkakäynti
3. Hoidon toteutuminen
4. Sairaanhoidopiirin ostopalvelut

HILMO-rekisterin jonotiedoista pystytään muodostamaan erityyppisiä mittareita eri tarkastelutasoille. Taulukossa 1 on esimerkkejä mittareista, joita voidaan ottaa käyttöön jonotuksen seuraamiseksi.

Taulukko 1. Esimerkkejä mahdollisista jonomittareista.

| Palveluala | Mittari | Tarkastelutaso |
|--|--|--|
| Sairaaloiden vuodeosastohoito ja päiväkirurgia | Keskimääräinen jonotusaika ja mediaani jonotusaika | - Sairaanhoidopiiri - Sairaala - Erikoisala - Yleisimmät toimenpiteet /diagnoosit |
| | Potilaiden määrä jotka jonottaneet <3 ja enintään 6 kuukautta ja/tai yli 3 ja 6 kuukautta jonottaneiden potilaiden osuus kaikista potilaista | - Sairaanhoidopiiri - Sairaala - Erikoisala - Yleisimmät toimenpiteet/diagnoosit |
| Sairaaloiden avohoito | Keskimääräinen ja/tai mediaani jonotusaika | - Sairaanhoidopiiri - Sairaala - Erikoisala - Yleisimmät toimenpiteet/diagnoosit |
| | Yli 3 viikkoa jonottaneiden potilaiden määrä ja/tai yli 3 viikkoa jonottaneiden potilaiden osuus kaikista potilaista | - Sairaanhoidopiiri - Sairaala - Erikoisala - Yleisimmät toimenpiteet/diagnoosit |

Ensivaiheessa raportointi perustuu *päättyneen jonotuksen tuottamiin mittareihin*. Päättynyt raportointi tarkoittaa mittarin tuottamista tutkimus- tai hoitotapahtuman jälkeen määrävälein kerättävillä rekisteritiedoilla.

Päättymättömän jonotuksen raportoinnissa voidaan tuottaa tihein määrävälein tehdyistä jonon poikkileikkausotoksista monimuotoisempia ja reaaliaikaisempia raportteja kuin päättyneen jonotuksen tekniikalla tehdyt raportit. HILMOsta ei ole nykyisellään mahdollista saada päättymätöntä jonotusta koskevia tietoja, koska se edellyttäisi säännöllisiä mittauksia lyhyin aikavälein, neljännesvuosittain tai tiheämmin.

Päättymättömän jonotuksen mittaaminen kertoo jonossa tapahtuvista muutoksista enemmän kuin päättynyt jonotus. Lisäksi se soveltuu raportoitavaksi esimerkiksi kansalaisille ja lähettävälle lääkäreille, koska päättymättömästä jonotuksesta pystytään muodostamaan potilaan odotettavissa olevaa jonotusaikaa kuvaavia mittareita täsmällisemmin kuin päättäneeseen jonotukseen perustuvasta raportoinnista (mittarit ovat tällöin toimintaa kuvaavia; esimerkiksi "jonossa olevien potilaiden määrä" ei sellaisenaan kerro potilaille odotettavissa olevasta jonotusajasta mitään). Päättymättömän jonotuksen mittaamisen heikkoutena on se, että se jättää sellaiset jonotukset kokonaan huomioimatta, jotka jäävät kahden mittaushetken väliin. Lisäksi, jos mitataan yksittäisten potilaiden jonossa oloaikaa, juuri jonoon asetettujen potilaiden jonotusaika saattaa näyttää lyhyeltä, vaikka heillä olisi vielä pitkä jonotus edessä.

Kirjallisuus

- Järvelin J., Linna M. (2003): Mitä kansallisen hoitoilmoitusrekisterin jonotiedot kertovat? (esitetty julkaistavaksi).
- Nenonen M, Isolaari J, Rasilainen J. Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon kehittämisprojekti, - Terveystenhuolto 2000-luvulle: Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999, - Selvitystyön tilastotaulukot. Helsinki: Stakes; 2000.
- Rintanen H., (1995). Terveyskeskuksen jonoseuranta. Kunnallislääkäri 1995b;11(6):20-23.
-

Ehdotus yhtenäisen tietopohjan vaatimusmäärittelyksi

A. Perusterveydenhuolto

Tallennettavat perustiedot

- Terveyskeskus/toimintayksikkö/kontaktihenkilö (OID-koodi)
- Ajanvarauspäivämäärä ja tyyppi (call center, vastaanoton ajanvaraus jne.)
- Käynnin/hoidon päivämäärä(t)
- Potilaan henkilötunnus
- Potilaan kotikunta
- Käyntityyppi/luonne, hoidon luonteen määrittely
- Käynnin/hoidon syy (ICD-10, ICPC tai vastaava luokittelu)

Mittari

- Välittömästi toteutunut ensikontakti – saanut yhteyden palveluntuottajaan; Kyllä/ei %
- Lääkärin vastaanoton ajansaanti: kolmessa vuorokaudessa toteutuneet potilaslähtöiset ajanvarauskäynnit
- lääkäriin suuntautuneet käynnit uuden sairauden/vaivan takia; toteuma -%
- ehto; ensikäynti ja sairaus
- asiakaspalvelumittari; paljonko käynneistä voitiin toteuttaa potilaan toivomana ajankohtana

Tietolähde

Perusterveydenhuollon olemassa olevat/terveyskeskuksissa käytössä olevat potilas-tietojärjestelmät

Paikallisen teleoperaattorin tietotuotanto läpimenneistä puheluista

Tietojenkeruussa välttämättömät tietojärjestelmien kentät

- Ajanvaraustiedon tallentuminen automaattisesti tietojärjestelmän ajanvarauspäivämääräkenttään (potilaan ottaessa yhteyttä ajanvaraukseen, tieto tallentuu, kun vapaa aika lääkärille ym. on löytynyt ja ajanvaraaja kuittaa varauksen tehdyksi). Jos aikaa ei ole (ainakaan sellaista aikaa, johon asiakas on tyytyväinen), odotusaikaa ei rekisteröidä.

Tieto tallentuu kaikkien (ainakin merkittävimpien) terveyskeskusohjelmistojen tietokantaan – tälle tiedolle ei ole vielä kehitetty raportointipohjaa; on kuitenkin suhteellisen helposti luotavissa poimintotoiminnot. Mahdollista on tietenkin antaa myös 'suositus' sellaisesta rekisteröinnistä, jossa kirjataan myös ne, jotka eivät aikaa saa; ei toteutune ilman jonkunlaista pakkoa.

- Käynnin toteutuessa potilas kirjataan saapuneeksi/avataan potilaskertomus ja samalla päivittyy käyntipäivämäärä automaattisesti potilastietojärjestelmään vastaanoton toteutumispäivämääräkenttään. Tieto tallentuu nyt jo kaikkien olemassa olevien tietojärjestelmien tietokantaan.
- Vastaanottotapahtuman aikana tai sen päättyessä käynti kirjataan tapahtuneeksi. Tässä yhteydessä kirjataan omiin kenttiinsä diagnoosi-/muut käyntisyytiedot. Määritellyn jonomittarin luomiseksi ohjelmiin on luotava käynnin luonne -kenttä (ensikäynnin kirjaaminen). Tämä on tehtävä ohjelmiin mielellään tietojärjestelmätoimittajan toimesta keskitetysti. On kuitenkin mahdollista tehdä paikalli-

sestikin (useimpiin, ehkä jopa kaikkiin ohjelmiin). Käyntityyppi- (sairaus, terveydenhoito) tai käyntitapatietoa (päivystys, ajanvarausvastaanotto yms.) tallentavat useimmat terveyskeskukset jo tällä hetkellä.

Tiedonkeruun kattavuus ja ajankohta

- osasta terveyskeskuksista tietojen keruu toteutetaan hoitoilmoitusjärjestelmätyyppisesti kerran vuodessa yksilötasoisena
- osasta terveyskeskuksista otosluonteisesti tiettyihin perusterveydenhuollon toimintoihin keskittyviä erityistiedonkeruita osasta vuotta (tällöin tiedot voivat tulla otosluonteisesti ennen kalenterivuoden päättymistäkin)
- osasta terveyskeskuksia tiedonkeruu vain perinteisenä määrämuotoisena tiedonkeruuna, odotusaikatietoja ei saatane näistä tällöin lainkaan.

Mittarin tuottaminen

- Jos tiedot toimitetaan yksilötasoisena Stakesiin, on mahdollista sovittuja poimintaehtoja käyttäen muodostaa keskimääräinen mittariarvo Stakesissa sovitulle ajanjaksolle (tietylle viikolle, kuukaudelle, koko vuodelle ym.). Otosaineistot mahdollistavat mittariarvon luomisen maksimissaan vain otosjakson mukaiselle ajanjaksolle.
- Terveyskeskusten on mahdollista tuottaa mittariarvot myös itse, jos ohjelmistotoimittaja tai käyttäjä itse tietojärjestelmäasiantuntijoidensa/pääkäyttäjiensä avulla luo ehtojen mukaiset poimintakomennot. Mittaria on tällöin mahdollista seurata paikallisesti 'reaaliaikaisesti'. Sovituin ajoin ja sovituilta ajanjaksoilta terveyskeskus toimittaa tällöin tiedon valtakunnalliseen rekisteriin.
- Terveyskeskuksessa, jossa ei ole potilastietojärjestelmää (käytännössä muutaman vuoden sisällä tällaista terveyskeskusta ei enää Suomessa ole), mittari on mahdollista tuottaa otosluonteisesti suhteellisen helposti myös manuaalisesti (tämäntyyppistä järjestelmää käytetty yhdessä terveyskeskuksessa 1980- ja 1990-luvuilla, aluksi täysin manuaalijärjestelmällä).

Järjestelmän toteuttamismahdollisuudet ja -vaihtoehdot

- Tiedonkeruu pystytettävissä paikallisesti terveyskeskuksissa pienellä työmäärällä. Minimissään ei aiheuta käytännön vastaanottotyötä tekeväälle mitään lisätyötä (käynnin tyyppi -kirjauksen voi tarvittaessa tehdä useimmissa tapauksissa myös vastaanottoavustaja). Haluttaessa syvempää tietoa esim. sairauskohtaisesti, täytyy suorittaa koodistojen mukainen käyntisyy- tai diagnoosikirjaus.
- Sovittaessa valtakunnallisesti sähköisen sairauskertomuksen minimitietosisältö, tullevat käynnin luonne- sekä käyntisyy- tai diagnoosikirjaukset sisältymään kansallisen terveyshankkeen sairauskertomuksen minimitietosisältösuosituksiin. Viimeistään tällöin kaikki ohjelmistotoimittajat sisällyttävät nämä ominaisuudet valmiina, automaattisina osina järjestelmiinsä.
- Ensivaiheessa tiedot kerättävissä vain osasta Suomen terveyskeskuksista ja vain 1 - 2 kertaa vuodessa. Yhteisten tiedonsiirtoformaattien kehittyessä, mahdollista toteuttaa automaattinen 'on line' -tiedonkeruu useamman kerran vuodessa (XML).
- Stakesissa luodaan avoterveydenhuollon tilastouudistuksen yhteydessä perusterveydenhuollon hoitoilmoitustietokanta, jonka osaksi odotusaikatieto voidaan sisällyttää. Tällaisen tietokannan luomiseksi Stakesille on jo osoitettu resursseja.

B. Erikoissairaanhoito

Tallennettavat perustiedot

- Sairaala/toimintayksikkö/kontaktihenkilö (OID-koodi)
- Lähetteen saapumispäivä tai hoidon varauksen tekopäivä
- Käynnin/hoidon päivämäärä(t)
- Potilaan henkilötunnus
- Potilaan kotikunta
- Käyntityyppi/luonne, hoidon luonteen määrittely
- Käynnin/hoidon syy (ICD-10 tai vastaava luokittelu)
- Käynnin/hoidon toimenpide (NOMESCO:n yhteispohjoismainen luokitus tai vastaava luokitus)

Poliklinikalle odottavien potilaiden hoidon saatavuuden seuranta

Mittari

- Kolmen viikon kuluttua lähetteen kirjautumisesta tehdyt tutkimus- ja hoitosuunnitelmat; toteuma %
- Toteutuneet poliklinikkakäynnit tavoiteajan mukaan: toteuma %
- Keskeisimpien dg -ryhmien osalta
- Koko lähetejoukko

Mittaustiedon rekisteröinti sähköisessä potilaskertomuksessa

- lähete saapuu liitetietoineen terveyskeskuksesta (paperi/elektroninen muoto). Paperinen lähete kirjataan tai elektronisesti automaattisesti kirjautuu potilastietojärjestelmään erikoisaloittain (49 erikoisalaa) tai toiminnan laajuuden mukaan erikseen määriteltyjen toimipisteiden mukaan
- erikoisalan/toimipisteen vastuulääkäri huolehtii heti läheteiden kiireellisyyssluokittelusta mikäli tarpeellista yksikön sisäisen toiminnan järjestämisen kannalta. Samalla määritetään tarvittavat lisätutkimukset ensimmäistä vastaanottokäyntiä varten

- Kiireellinen < 7 vrk
- Puolikiireellinen 7-21 vrk
- Ei-kiireellinen 22-90 vrk
- Suunniteltu > 90 vrk (hoidettava asia, mutta ei pahene odottaessa)

- Lähetteen rekisteröinnin yhteydessä kirjautuu sen saapumisajankohta tietojärjestelmään. Samalla hoitovastuu lähetteen tarkoittamassa sairaudessa potilaasta siirtyy erikoissairaanhoidon yksikölle.
- Potilaalle varataan elektroniseen potilastietojärjestelmään laboratorio, radiologian ym. tutkimuskäynnit ja ensimmäinen vastaanottokäynti
- Tieto suunnitelluista toimenpiteistä lähetetään potilaalle viivytyksettä
- Käynnin toteutuessa avataan potilaskertomus ja samalla päivittyy käyntipäivämäärä potilastietojärjestelmään.

Mittaustiedon tuottaminen

- laajennetaan hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO) hoidon saatavuutta kuvaavilla tiedoilla sekä valtakunnallisilla rekisteritiedoilla.

- kun tiedot toimitetaan yksilötasoisena Stakesiin, on mahdollista sovittuja poimintaehdotja käyttäen muodostaa keskimääräinen mittariarvo Stakesissa sovitulle ajanjaksolle (tietylle viikolle, kuukaudelle, koko vuodelle ym.). Otosaineistot mahdollistavat mittariarvon luomisen maksimissaan vain otosjakson mukaiselle ajanjaksolle
- Stakesin ylläpitämä valtakunnallinen rekisteri tuottaa sairaalayksikkö/toimintayksikkökohtaisen raportin terveydenhuollon asiantuntijoiden käyttöön
- Sairaaloiden/yksityisten palveluntuottajien on mahdollista tuottaa mittariarvot myös itse, jos ohjelmistotoimittaja tai käyttäjä itse tietojärjestelmäasiantuntijoidensa/pääkäyttäjiensä avulla luo ehtojen mukaiset poimintakomennot. Mittaria on tällöin mahdollista seurata paikallisesti 'reaaliaikaisesti'. Sovituin ajoin ja sovituilta ajanjaksoilta sairaala/yksityinen palveluntuottaja toimittaa tällöin tiedon valtakunnalliseen rekisteriin.
- pilottivaiheen jälkeen määritellään yleisölle suunnatun raportin sisältö

Hoitajonossa leikkaukseen tai toimenpiteeseen olevien potilaiden hoidon saatavuuden seuranta

Mittari

- 3 ja 6 kuukaudessa toteutuneet hoidot; toteuma %

Mittaustiedon rekisteröinti sähköisessä potilaskertomuksessa

- Resurssiltaan rajoitettuun tutkimukseen tai hoitoon odottavat potilaat voidaan asettaa hoitojonoon. Näin ollen hoidon saatavuusrekisterillä voidaan seurata leikkaushoitoa odottavien lisäksi myös esim. konservatiivisten erikoisalojen ja radiologian tutkimusten hoidon saatavuutta. Jonoon asetettujen potilaiden hoidon tarpeen ryhmittelyyn voidaan käyttää seuraavaa luokitusta:
- Kiireellinen 7-30 vrk
- Puolikiireellinen 31-90 vrk
- Ei-kiireellinen 91-180 vrk
- Ei valmis hoitoon potilaalla muu sairaus, joka estää väliaikaisesti suunnitellun hoidon tai potilas ei ole hyväksynyt tarjottua toimenpite-ajankohtaa
- Hoitojonoon asetettavien potilaiden osalta kuten myös niiden potilaiden osalta, joille varataan suoraan jo toimenpideaika kirjataan vaatimuksen mukaiset tiedot yhtenevästi.
- Hoidon toteutuessa potilas poistetaan hoidonvarausohjelmasta ja poistoajan-kohta kirjautuu potilastietojärjestelmään

Mittaustiedon tuottaminen

- perustetaan hoidon saatavuustiedon valtakunnallinen rekisteri. Määritellään HILMO-hoitoilmoitusrekisterin hoidon saatavuutta koskeva tietosisältö
- Määritellään seurattavat tutkimukset ja hoidot
- kun tiedot toimitetaan yksilötasoisena Stakesiin, on mahdollista sovittuja poimintaehdotja käyttäen muodostaa keskimääräinen mittariarvo Stakesissa sovitul-

le ajanjaksolle (tietylle viikolle, kuukaudelle, koko vuodelle ym.). Otosaineistot mahdollistavat mittariarvon luomisen maksimissaan vain otosjakson mukaiselle ajanjaksolle

- Stakesin ylläpitämä valtakunnallinen rekisteri tuottaa sairaalayksikkö/toimintayksikkökohtaisen raportin terveydenhuollon asiantuntijoiden käyttöön
 - Sairaaloiden/yksityisten palveluntuottajien on mahdollista tuottaa mittariarvot myös itse, jos ohjelmistotoimittaja tai käyttäjä itse tietojärjestelmäasiantuntijoidensa/pääkäyttäjiensä avulla luo ehtojen mukaiset poimintakomennot. Mittaria on tällöin mahdollista seurata paikallisesti 'reaaliaikaisesti'. Sovituin ajoin ja sovituilta ajanjaksoilta sairaala/yksityinen palveluntuottaja toimittaa tällöin tiedon valtakunnalliseen rekisteriin.
 - pilottivaiheen jälkeen määritellään yleisölle suunnatun raportin sisältö
-

Yhteenveto potilasjärjestöjen kuulemisesta

Potilasjärjestöt kutsuttiin keväällä 2002 seminaariin, jossa esiteltiin valtioneuvoston periaatepäätös, työryhmän työskentelyä ja kuultiin järjestöjen edustajia. Heidän aloitteestaan lähetettiin myös kysely huhtikuussa hoitoon pääsyn ongelmista. Järjestöiltä kysyttiin niiden näkemyksiä oman toimintasektorinsa pullonkauloista hoidon saatavuudessa sekä ratkaisuehdotuksia että avoimella kysymyksellä muita terveisiä työryhmälle.

Kyselyitä lähetettiin 54, järjestöt poimittiin Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistyksen YTY ry:n luettelosta. Vastauksia saatiin 14.

Useissa vastauksissa tuotiin esille seuraavat asiat:

- henkilökunnan määrä ja osaaminen, lisättäväksi ehdotetaan puheterapeutteja, allergologeja, neurologeja, kardiologeja, kuulontutkijoita, ravitsemusterapeutteja
- huoli terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsemisestä, hoidon jatkuvuudesta
- täydennyskoulutuksen tarve
- suuret alueelliset ja kuntakohtaiset, sairausryhmäkohtaiset erot
- tietojärjestelmien kehittäminen (hengityshoitorekisteri, sydäntoimenpiderekisteri)

Järjestöjen toimenpide-ehdotuksia:

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto

- aivoverenkiertohäiriön (AVH) akuuttihoitoon päästävä 3 tunnin sisällä oireiden alkamisesta
- dysfasian tunnistamiseen ja diagnostiikkaan panostettava
- kuntoutukseen panostus (dysfasia, AVH)
- huoli hoidon ja kuntoutuksen saatavuudesta samalla kun AVH määrä lisääntyy väestön ikääntyessä
- aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi suurin kansansairaus
- suuren yleisön tietämystä nopean hoidon tarpeesta ja kuntoutuksen merkityksestä lisättävä

Allergia- ja astmaliitto

- enemmän lääkäreitä ja hoitajia vastaanottotoimintaan
- riittävät resurssit täydennyskoulutukseen
- hoitoketjuissa huomioitava kansanterveysjärjestöjen rooli
- yksityislääkärin läheteellä päästävä terveyskeskuksen laboratorioon ja röntgeeniin

A-klinikkasäätiö

- terveydenhuollon ja sosiaalihuollon rajapinta ongelmallinen
- huumehoidoista vajausta (opiaatti-riippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoito)
- katkaisu- ja vieroitushoitoon olisi päästävä välittömästi
- hoitajaksojen pätkittäisyys, jatkohoitoon olisi päästävä suoraan katkaisujakson jälkeen
- maksusitoumuskäytäntö pois
- kaksoisdiagnoosipotilaiden (psykiatrinen sairaus ja päihdeongelma) ongelma; psykiatriset potilaat hakeutuvat päihdehuollon laitoksiin, koska psykiatrisia avopalveluita ei ole saatavilla

- toivotaan yhteistyötä kansallisen sosiaalialan kehittämisprojektin kanssa
- viittaus valtakunnallisiin päihdepalvelujen laatusuositukseen (2002)

Diabetesliitto

- tarjoaa diabeetikkojen kuntoutuspalveluita
- eri kuntoutusmuotojen yhteistyötä tuettava, myös eri potilasryhmien kuntoutuksen yhteistyötä

Epilepsialiitto

- pulaa epilepsian erityisasiantuntijoista, palveluiden saatavuus myös maantieteellisesti epätasaisesti jakautunut
- hoitotakuulle toivotaan realistista määritelmää ja laajaa tiedottamista yleisölle

Förbundet Finlands svenska hörselskadade rf.

- brist på service på modersmålet
- audiologisen koulutuksen puutteet (lääkärit, kuulontutkijat, insinöörit, teknikit, puheterapeutit, kuntoutusohjaajat). Det behövs dubbelt så många tjänster av alla kategorier. Införandet av en ny arbetsgrupp: tinnitusterapeut eller någon liknande vid varje universitetssjukhus.
- enligt Konkurrensverket (2002) säljer man 65000 st. hörapparater i Sverige och 13000 i Finland. Det är vanligare med dubbla hörapparater i t.ex. Sverige och Danmark. I Danmark byter man automatiskt till ny apparat efter 4 års användning. I Finland använder flera personer samma apparat upp till 10 år eller flera.
- Det behövs ett kvalitetsdirektiv att säkra god och jämlik service i hela landet.

Förbundet De Utvecklingsstördas Väl rf. FDUV

- brist på service på modersmålet
- hoidon laadussa puutteita, kehitysvammainen tarvitsee enemmän aikaa ja kärsivällistä huomioimista
- ammattiosaamisessa myös puutteita: esim. infektioherkkyttä ei tunnisteta

Hengitys ja Terveys

- ongelmana hypoventilaatiopotilaiden ja hengityshalvauspotilaiden hoitojärjestelyjen kirjavuus ja sattumanvaraisuus
- ongelmia hoitoketjussa
- astmanhoidossa osaamista on, organisaatio ontuu
- keuhkohtaumataudin ja uniapnean kohdalla myös osaamisessa puutteita
- hypoventilaatio tunnistetaan äärimmäisen huonosti
- osaavat astmahoitajat tarpeen
- hengityshoitorekisterin perustaminen tarpeen
- STAKES/STM varoja pyydetään rekisterin perustamiseen ja ylläpitoon
- prevention merkitys (tupakka, ylipaino)

Hengityслиitto Heli ry

- keuhkohtaumatauti lisääntymässä voimakkaasti
 - valtakunnalliset ohjelmat siirtävät tehtäviä perusterveydenhuollolle
 - vaikeuksia päästä Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutukseen
 - apuvälineiden saatavuudessa eroja sairaanhoitopiirien välillä
 - happihoidon korvauksissa kuntakohtaisia eroja
 - huoli lääkekorvauskäytännön heikentämisestä
 - astmahoitajista hengityshoitajia
 - palvelusopimusten avulla yhdistysten osaamisen parempi hyödyntäminen
 - tupakan vastustamistyö edelleen tärkeää
-

Näkövammaisten keskusliitto

- henkilökuntapula, lääkärit!
- pitkät leikkausjonot (harmaakaihi)
- työnjaon epäselvyydet hoidon porrastukseen
- kuntoutukseen ei ohjata, ja kuntoutuksen (apuvälineet) resurssit riittämättömät
- kuntoutus ja hoito eivät saisi kilpailla samoista määrärahoista, kuntien budjetointi riittämätön

Suomen Reumaliitto

- lääkäripula terveyskeskuksissa
- tk-lääkäreiden osaamisessa puutteita
- reumatologipula
- uusien lääkkeiden hidas pääsy sv-korvausten piiriin
- hoitoketjujen rakentamista parannettava

Suomen Parkinson-liitto

- neurologeja julkisella sektorilla liian vähän
- fysioterapian saatavuus terveyskeskuksissa ongelmallista
- työskentelytapohin muutoksia: ehdotus sairaaloiden pkl-toiminnan muuttamisesta, jolloin pkl lääkäri vastaisi osastolla omista potilaistaan
- tukipalveluita lisättävä (jotta lääkärin aika ei menisi tietojen syöttämiseen atk:lle)
- kunnalle kokonaisvastuuta hoidosta (esim. jonotusajan sairaspäivärahat)
- asiakasmaksuja (pkl-maksua) voisi nostaa 50-100 %

Suomen Sydänliitto

- sydän- ja verisuonisairaudet tulevat lisääntymään lähivuosina väestön ikääntymisen myötä
- Suomessa tehdään Eurooppalaisen vertailun mukaan vähän pallolaajennuksia, vaikka sepelvaltimotaudin yleisyydessä olemme Länsi-Euroopan mustinta aluetta
- avohoitoon lisää resursseja ja koulutusta sydänasioista
- hoitosuosituksen mukainen nopea riskinarvio ei toteudu, epästabiilin angiinan tutkimus ja hoito huomattavan aliresursoitu
- Sydänliiton ja kardiologisen seuran ylläpitämä kansallinen sydäntoimenpiderekisteri –RAY:n rahoituksella, ehdotetaan yhteistyötä Stakesin kanssa, yhdistämistä HILMON tietoihin
- ostosetelit kuntien käyttöön
- Suomalainen sydänprojekti ehdotetaan toteutettavaksi
- primaaripreventiota ja sekundaaripreventiota edelleen tehostettava

Suomen Syöpäyhdistys

- syöpäpotilaiden määrä kasvaa edelleen, tulee uusia hoitoindikaatioita ja hoidot kallistuvat
 - alueelliset erot hoitoon pääsyssä
 - perusterveydenhuollon ongelmat
 - resursseja ja koulutusta lisättävä
-

Kirjallisuuskatsauksen tiivistelmä

Työryhmä tilasi kirjallisuuskatsauksen Priorisointi ja jonoonasettamisindikaatiot Stake-silta. Työn suorittivat Lauri Vuorenkoski, Tiina Hetemäki ja Ilmo Keskimäki.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on luoda yleiskuva terveydenhuollon priorisoinnista käydystä keskustelusta tieteellisissä julkaisuissa, aiheeseen liittyvästä tutkimuksesta sekä toimenpidejonojen käytöstä eksplisiittisen priorisoinnin apuvälineenä eräissä maissa.

Kaikissa maissa on terveydenhuollon palveluita tavalla tai toisella priorisoitu. Mikään terveydenhuoltojärjestelmä ei ole kyennyt tarjoamaan kaikkia lääketieteen mahdollistamia terveyspalveluita koko väestölle. Väestön tiedon taso sekä voimavarojen ja mahdollisuuksien välisen kuilun kasvaessa tämän säännöstelyn tarve on korostunut ja on vaadittu priorisointiin aiempaa selkeämpiä päätöksentekomekanismeja.

Terveydenhuollon priorisoinnista käytävä keskustelu onkin lisääntynyt 1990-luvulla, kuten myös priorisointia käsittelevä tutkimus. Terveydenhuollossa priorisointia voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Se voidaan jakaa implisiittiseen (piilo-säännöstely) ja eksplisiittiseen (julkisäännöstely) ja se voi tapahtua terveydenhuollon eri tasoilla valtionhallinnosta yksittäiseen lääkäriin. Päätöksenteossa voivat olla mukana asiantuntijat, poliitikot, kansalaiset tai klinikot, yksin tai yhdessä. Päätökset voidaan perustaa luonnontieteelliseen tietoon tai yhteiskunnallisiin arvoihin tai näiden yhdistelmään. Käytännössä terveydenhuollossa toteutetaan aina jotain priorisoinnin vaihtoehtoja. Selkeitä priorisointikeskusteluun liittyviä viimeaikaisia kehityssuuntia ovat eksplisiittisyyden, kansalaisten mukaan ottamisen ja eettisten arvojen korostaminen. Erilaisia malleja eksplisiittiseksi makrotason priorisoinniksi on julkaistu useissa maissa. Käytäntöön näitä malleja on kuitenkin sovellettu vain harvoin. Eksplisiittisen priorisoinnin edellyttämien päätöksentekosääntöjen muodostaminen onkin osoittautunut vaikeaksi ja niiden käytäntöön soveltaminen poliittisesti haastavaksi.

Eksplisiittistä priorisointia jonojen hallinnassa on pyritty toteuttamaan erilaisin pisteytysjärjestelmin mm. Iso-Britanniassa, Kanadassa ja Uudessa-Seelannissa. Pisteytysjärjestelmät vaihtelevat paikallisista yhtä sairaalaa koskevista järjestelmistä koko maan kattaviin järjestelmiin ja toisaalta ne voivat koskea vain yhtä sairautta tai toimenpidettä, kaikkia elektiivisiä toimenpiteitä tai useita eri erikoisaloja yhtäaikaan. Pistelaskujärjestelmät vaihtelevat myös sen mukaan onko niihin klinisten kiireellisyyskriteerien lisäksi otettu mukaan sosiaalisia kriteereitä. Jonotusajan määrittely yhtenäisesti, jonottavien potilaiden rekisteröinti, klinikoiden, poliitikoiden ja kansalaisten hyväksyntä pisteytysjärjestelmälle ovat edellytykset tällaisen priorisoinnin onnistumiseksi.

Priorisointi ja jonoonasettamisindikaatiot -kirjallisuuskatsaus:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/638/index.htm>

Oikeus Hoitoon -seminaariraportti:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys63.htm>

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TYÖRYHMÄMUISTIOITA
ISSN 1237-0606

- 2003: 1 Juhani Punkari, Paavo Kaitokari. Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti.
ISBN 952-00-1283-4
- 2 Matti Kaivosoja, Maija Auvinen. Raportti viranomaisyhteistyöstä lasten huoltoon ja tapaamisoikeuteen liittyvissä kiistatilanteissa.
ISBN 952-00-1287-7
- 3 Matti Heikkilä, Juha Kaakinen, Niina Korpelainen. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden väliraportti.
ISBN 952-00-1289-3
- 4 Helsingin kaupungin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin selvityshankkeen loppuraportti.
ISBN 952-00-1290-7
- 5 Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen ohjausryhmän muistio.
ISBN 952-00-1294-X
- 6 Seurantaryhmän arvio kansallisen terveysthankkeen toiminnasta vuonna 2002.
ISBN 952-00-1296-6
- 7 Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa.
ISBN 952-00-1304-0
- 8 Toimenpideohjelma huumausainepolitiikan tehostamiseksi vuosille 2001-2003 ja raportti ohjelman toteutumisesta. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1305-9
- 9 Helena Kinnunen, Marja Kostainen. Selvitys homevauriokorjausten rahoitustuesta ja homevaurioiden vastuukysymyksistä. Selvityshenkilöiden raportti.
ISBN 952-00-1308-3
- 10 Kiireelliset toimenpiteet sosiaalityön vahvistamiseksi.
ISBN 952-00-1318-0
- 11 Matti Heikkilä, Juha Kaakinen, Niina Korpelainen. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti.
ISBN 952-00-1319-9
- 11swe Matti Heikkilä, Juha Kaakinen, Niina Korpelainen. Det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området. Utredarnas slutrapport.
ISBN 952-00-1363-6
- 12 Raimo Jämsén. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimivuus. Selvitysmiehen raportti.
ISBN 952-00-1321-0
-

- 13 Terveystieteellisen tutkimuksen valtionkorvauksen suuntaaminen ja määräytyminen.
ISBN 952-00-1327-X
 - 14 Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittäneen työryhmä 2003:n muistio.
ISBN 952-00-1329-6
 - 15 Lääkekorvaustyöryhmä 2003:n loppuraportti.
ISBN 952-00-1331-8
 - 16 Kaunialan sotavammassairaalan taloudellista tilannetta selvittäneen työryhmän muistio.
ISBN 952-00-1332-6
 - 17 STM:n julkaisupolitiikan suuntaviivat. Ehdotus julkaisutoiminnan tavoitteista ja menettelytavoista.
ISBN 952-00-1353-9
 - 18 Annakaisa livari. Saumattoman palveluketjun ja sitä tukevien tietohallintoratkaisujen ohjausryhmä. Suosituksia.
ISBN 952-00-1367-9
 - 19 Psykkisten sairauksien ammattitautikorvausta selvittäneen työryhmän (PSYKO) muistio.
ISBN 952-00-1369-5
 - 20 Hallinnonalojen välisen syrjäytymistyöryhmän loppuraportti.
ISBN 952-00-1371-7
 - 21 Hannu Hämäläinen, Mika Gissler, Anu Muuri. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Palvelujärjestelmä ja sen toimivuus -ryhmän raportti.
ISBN 952-00-1375-X
 - 22 Asumisperusteista sosiaaliturvaa selvittäneen työryhmän (SOLMU 3) loppuraportti.
ISBN 952-00-1378-4
 - 23 Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimitasuunnitelma vuosille 2003-2005.
ISBN 952-00-1383-0
 - 23eng National Action Plan Against Poverty and Social Exclusion for 2003-2005.
(Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1402-0
 - 24 Maatalousyrittäjien työterveyshuollon kehittäminen (MYTKY 2).
ISBN 952-00-1355-5
 - 25 Potilaslain 6 §:n uudistamistarpeita selvittäneen projektiryhmän muistio.
ISBN 952-00-1356-3
 - 26 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantyöryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2003 toiminnasta.
ISBN 952-00-1389-X
-

- 27 Erityiskasvatuksen kehittäminen päivähoidossa. ERIKA-hankkeen raportointi ja kehittämis ehdotukset.
ISBN 952-00-1391-1
 - 28 Sami Mahkonen. Ihmiskauppa sekä asumis-, sosiaali- ja terveyspalvelut. Selvitys Palermon yleissopimusta täydentävän ihmiskauppalisäpöytäkirjan vaikutuksista sosiaali- ja terveysministeriön toimialaan.
ISBN 952-00-1417-9
 - 29 Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjuntatyön vahvistaminen.
ISBN 952-00-1421-7
 - 30 Ympäristöterveydenhuollon valvonnan maksullisuuden laajentaminen.
ISBN 952-00-1428-4
 - 31 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan maksupolitiikkatyöryhmän muistio.
ISBN 952-00-1437-3
 - 32 Eurooppalaisen sairaanhoitokortin käyttöönottoa valmistelleen työryhmän muistio. Suunnitelma kortin käyttöönotosta Suomessa.
ISBN 952-00-1441-1
 - 33 Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta.
ISBN 952-00-1442-X (mon.)
ISBN 952-00-1443-8 (pain.)
-